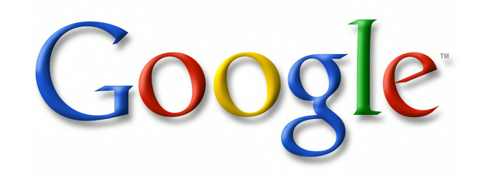


REVUE PRATIQUE

DES MALADIES CUTANÉES, SYPHILITIQUES ET VÉNÉRIENNES

REVUE PRATIQUE

DES

MALADIES CUTANÉES,

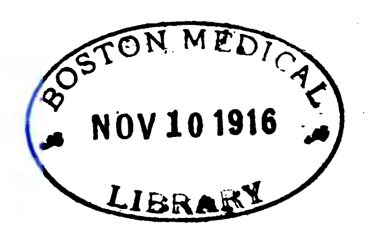
SYPHILITIQUES & VÉNÉRIENNES

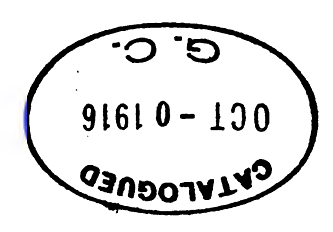
DIRIGÉE PAR

Le Dr LEREDDE

TOME I.

PARIS
1902


BOSTON MEDICAL
NOV 10 1916
LIBRARY


G. C.
OCT - 0 1916
CATALOGUED

REVUE PRATIQUE

DES MALADIES CUTANÉES, SYPHILITIQUES ET VÉNÉRIENNES

Programme du Journal

Ce journal s'adresse aux médecins praticiens.

Il est l'organe de l'Établissement Dermatologique, que j'ai fondé en 1900 *à Paris, pour permettre à des malades atteints de dermatoses sérieuses d'être soignés par tous les moyens qui peuvent être employés dans les affections rebelles de la peau, et de guérir sans être obligés, comme ils l'étaient jusqu'ici, d'aller à l'étranger.*

La policlinique de cet Établissement est et doit devenir de plus en plus un centre d'enseignement et de recherches. Le journal que je publie aujourd'hui doit exposer cet enseignement et ces recherches.

Il a pour but d'étudier dans l'intérêt du médecin non spécialiste et de la manière la plus pratique et la plus vivante les questions qui se rattachent aux maladies cutanées, vénériennes et à la syphilis, en première ligne la thérapeutique qui est généralement ignorée et paraît compliquée et difficile, alors qu'elle se réduit à des règles souvent très simples et qu'appliquée avec méthode, elle peut donner d'admirables résultats.

Ce premier numéro permettra de juger la manière dont nous voulons remplir ce programme. Il contient la première leçon d'un cours de thérapeutique pratique qui a été le début de mon enseignement dermatologique. Les principales leçons de ce cours paraîtront dans le journal.

Les médecins qui en feront de suite la demande, par le bulletin ci-joint, recevront, après ce numéro, les deux suivants à titre gracieux.

J'entre maintenant dans les détails.

1° Dermatologie. — *L'œuvre du XIX*e *siècle a été de dénombrer, de classer les lésions de la peau, de les grouper sous forme de syndrômes et de maladies, et, depuis 30 ans, d'étudier l'histologie pathologique, après l'anatomie pathologique macroscopique.*

Cette œuvre a été nécessaire, elle n'est pas encore tout à fait terminée ; mais elle a éloigné un grand nombre de médecins de la dermatologie, parce qu'ils n'ont pas la compréhension de tous les termes spéciaux indispensables à une science spéciale.

Ce journal a pour but avant tout d'amener quelques-uns, beaucoup, s'il se peut, à s'intéresser de nouveau aux maladies cutanées.

On ne peut écrire en dermatologie sans employer la langue dermatologique.

Cependant, lorsque des dermatologistes s'adressent à des médecins non spécialisés, ils peuvent, avant d'écrire dans leur langue propre et chaque fois qu'ils étudient une question, en rappeler les grandes lignes et définir de la manière la plus simple les termes qui seront employés. C'est ce que nous ferons, et chaque article sera précédé, quand il y aura lieu, d'un résumé explicatif.

Les tendances anatomiques, la curiosité naturelle à l'esprit pour toute chose nouvelle a amené beaucoup de dermatologistes à s'intéresser surtout aux raretés.

Ce journal s'intéressera surtout aux dermatoses communes.

Ecrit par des dermatologistes, devant être lu par des dermatologistes, il pourra s'occuper d'affections rares. Mais toujours elles seront étudiées dans leurs rapports avec la pathologie générale, comme les autres. Le grand effort de la dermatologie nouvelle doit être consacré aux relations des dermatoses avec les troubles du milieu intérieur.

Au point de vue thérapeutique, nous essaierons de réagir contre la tendance qu'ont les praticiens à chercher la solution d'une difficulté pratique dans des formules simples ou compliquées.

Aucune formule ne doit être donnée sans un commentaire, sans l'indication de son emploi et de son mode d'emploi, et, d'autre part, de ses inconvénients. L'essentiel en thérapeutique dermatologique est de chercher à ne jamais rien faire sans savoir pourquoi on le fait et ce qui peut en résulter.

Le cours qui sera publié dans ce journal, montrera les règles du traitement des dermatoses et permettra, j'espère, à tout médecin de soigner les formes communes en sachant pourquoi il doit appliquer tel procédé et non tel autre, et comment il peut varier les méthodes suivant les résultats obtenus.

2° Syphiligraphie. — *Les questions si importantes relatives à la syphilis sont beaucoup mieux connues de la majorité du public médical que les questions dermatologiques. Ici également la théra-*

peutique sera notre principal objet d'études ; il me paraît certain que le traitement mercuriel peut être fait beaucoup plus énergiquement qu'on ne le fait en général, et avec plus d'effet qu'on n'en obtient d'une manière commune.

La question très grave des affections dites parasyphilitiques est tout entière à reprendre, ainsi que celle de leur traitement, et nous y consacrerons des travaux successifs.

3° Vénéréologie. — *Enfin le traitement de la blennorrhagie n'a pas atteint, il s'en faut, toute la perfection désirable et tout progrès sur ce sujet rendrait les plus grands services. Il doit être cité parmi les plus intéressants dont nous devons nous occuper.*

La bibliographie sera toujours faite d'une manière exacte, mais il n'entre pas dans l'esprit du journal de donner à l'historique des problèmes qui y seront étudiés une part prépondérante. En médecine, nous devons toujours regarder en avant et non en arrière et le progrès résulte souvent de la disparition d'opinions préconçues, surtout quand, par le temps et l'autorité de ceux qui les ont appuyées, elles sont devenues classiques.

Les comptes rendus des sociétés savantes seront faits systématiquement d'une manière incomplète, nous n'insérerons que les communications utiles à nos lecteurs sans tenir compte des auteurs qui les ont publiées.

Chaque numéro contiendra, en principe :

Deux articles originaux dont un de thérapeutique.

Des analyses peu nombreuses, mais détaillées des articles essentiels parus dans les périodiques en France et à l'étranger et un compte rendu des principales Sociétés spéciales.

Un article de thérapeutique pratique.

Tel est notre programme. Il reste à le remplir, nous espérons y réussir.

LEREDDE.

COURS DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE DES MALADIES DE LA PEAU

MÉTHODES GÉNÉRALES. — LA MÉTHODE ASEPTIQUE

Le traitement des maladies de la peau a fait, depuis plusieurs années déjà, des progrès considérables et on peut écrire aujourd'hui — sans craindre le reproche d'exagération — **que toute dermatose traitée correctement doit être améliorée et que, dans un grand nombre de cas, elle guérit avec rapidité, d'une manière passagère ou définitive; enfin, que les sensations pénibles éprouvées par les malades peuvent être soulagées et deviennent presque toujours tolérables, quand elles ne sont pas supprimées d'une façon complète.**

Cependant l'expérience des dermatologistes leur montre que la thérapeutique des maladies cutanées n'est pas bien faite en général, même dans des cas simples qui sont du ressort du médecin praticien, non du spécialiste, et cela parce qu'elle est appliquée sans méthode, sans la notion exacte de ce que l'on peut et de ce que l'on veut faire, et les médecins qui ignorent la thérapeutique des dermatoses sont surpris des résultats qu'elle donne quand elle est bien appliquée, quand elle est faite avec énergie, avec le désir d'obtenir un succès complet et rapide et la notion précise des moyens à employer.

Si le traitement des maladies de la peau est souvent mal fait, c'est que la thérapeutique en est jusqu'ici difficile à apprendre, difficile à comprendre et que seuls ceux qui en ont fait une étude spéciale et l'ont pratiquée longuement en deviennent maîtres.

Les livres excellents dont nous disposons semblent écrits pour des médecins déjà informés qui auront besoin de tous les renseignements concernant le traitement de telle ou telle maladie, plus que pour le médecin qui cherche à s'initier à la thérapeutique élémentaire des dermatoses; celui-ci a besoin de connaître d'abord des méthodes simples, faciles à employer, et surtout dont il comprendra bien l'indication, le mode d'action, l'effet probable.

Ayant essayé, pour ma part, d'exposer le traitement des dermatoses à des médecins et à des étudiants, j'ai cherché à donner à cet enseignement une forme nouvelle qui le rendît facilement accessible aux élèves. J'ai pensé à grouper les procédés de la thérapeutique dermatologique sous forme de méthodes générales qu'il sera ensuite facile d'appliquer dans chaque cas particulier.

Ayant des principes précis, le médecin ne doit pas apprendre par cœur des formules toutes faites qu'il applique presque au hasard et de telle façon que tantôt les lésions ne guérissent pas et tantôt elles s'aggravent.

Classification des méthodes appliquées en thérapeutique dermatologique externe. — Thérapeutique antimicrobienne, antilésionnelle, antiprurigineuse.

Pour guérir une maladie de peau, on peut s'adresser à ses causes ou à leurs effets, c'est-à-dire aux lésions qu'elles ont provoquées.

Les causes peuvent être modifiées par la thérapeutique locale lorsqu'il s'agit de microbes.

La **thérapeutique antimicrobienne** a été fondée pendant longtemps sur l'emploi de substances destinées à tuer le microbe présent dans les tissus (*méthode antiseptique*). Nous verrons bientôt qu'en dermatologie comme en chirurgie une réaction considérable s'est faite contre l'emploi des antiseptiques. Cette réaction a abouti à l'emploi d'une méthode nouvelle, la *méthode aseptique*.

La **thérapeutique antilésionnelle** paraît, à première vue, ne pouvoir suffire à guérir les dermatoses, puisqu'elle ne s'adresse pas à la cause et que — la cause persistant — les lésions peuvent se reproduire. En fait il en est autrement, nous en aurons l'explication plus loin. Cette thérapeutique antilésionnelle dispose de moyens multiples.

La *méthode antiphlogistique* est fondée snr des principes analogues à ceux de la méthode aseptique. Elle a pour but de calmer les réactions inflammatoires exagérées qui ne permettent par là même aucune intervention énergique. Parfois il suffit de calmer l'inflammation pour obtenir la guérison, parfois, l'inflammation calmée, un traitement actif devient possible.

Les autres méthodes de la thérapeutique antilésionnelle sont des méthodes actives; elles emploient des agents physiques ou chimiques.

Les agents physiques, chaleur, électricité, lumière, sont d'un usage de plus en plus commun ; tantôt ils amènent la destruction des tissus (*chaleur*, *électrolyse*) tantôt ils provoquent des réactions inflammatoires qui aboutissent à une sclérose, à la transformation d'un tissu malade en tissu conjonctif homogène (*scarification*, *photothérapie*, *radiothérapie*).

Le mode d'action de certains agents physiques est parfois très obscur. Nous ignorons tout à fait par quel mécanisme l'électricité de haute fréquence amène la guérison du prurit ou du lupus érythémateux superficiel.

Quant aux agents chimiques, les uns se combinent aux tissus sur lesquels on les applique et produisent leur destruction, les autres engendrent des réactions de défense. Au premier groupe répondent les méthodes *destructrice* et *kératolytique*, au deuxième, les méthodes *exfoliante*, *réductrice* et *sclérogène*.

Sur la *méthode destructrice* nous aurons peu de choses à dire. Elle a pour but de détruire les tissus, cette destruction étant suivie d'une élimination secondaire.

La *méthode kératolytique* a pour but de dissoudre et de détruire la couche cornée.

La *méthode réductrice* consiste dans l'emploi d'agents qui tous, à dose forte, sont irritants pour la peau. Le mode d'action de ces agents est très obscur, comme nous le verrons ; nous admettrons qu'ils exagèrent les réactions de défense et peuvent ainsi amener la guérison.

Quant à la *méthode exfoliante*, elle est une combinaison des méthodes réductrice et kératolytique.

La *méthode sclérogène* peut comporter l'emploi d'agents chimiques, mais c'est surtout au moyen des agents physiques qu'elle se pratique, alors que dans les autres méthodes les agents physiques sont d'un emploi plutôt rare.

Enfin la **thérapeutique antiprurigineuse** a pour but de faire disparaître les sensations pénibles qui gênent les malades.

MÉTHODE ASEPTIQUE

A lire les traités de dermatologie, il semble que la méthode antiseptique soit la plus importante de toutes celles qui sont employées dans la thérapeutique des dermatoses et la plus fréquemment employée. Ceci mérite une discussion sérieuse et approfondie. En fait, l'explication du rôle de certains agents en thérapeutique par leur action microbicide remonte aux premières périodes de la bactériologie, c'est-à-dire à une époque assez éloignée; depuis lors, les théories antiseptiques ont été profondément modifiées, cependant les traités de thérapeutique n'y ont pas renoncé, peut-être à cause des interprétations faciles auxquelles elles prêtent.

Peu de temps nous sépare du moment où, sous l'influence des découvertes et des théories de Pasteur, a eu lieu la plus grande révolution que la chirurgie ait jamais subie. Le traitement des plaies, livré jusqu'aux révélations de la bactériologie à un empirisme grossier ou fondé sur des données théoriques dépourvues de base positive, a été réglé par Lister dans le double but de prévenir l'apport de microbes étrangers aux tissus soumis aux traumatismes chirurgicaux et de supprimer les microbes dans les tissus où ils avaient été apportés. La méthode antiseptique fut fondée sur l'emploi d'agents chimiques qui s'étaient montrés capables, à une concentration suffisante, de tuer les parasites dans les milieux de culture.

Trente ans après sa découverte, la méthode antiseptique est complètement ébranlée dans ses principes et modifiée dans ses applications. Sans doute, il paraît plus que jamais nécessaire d'empêcher la pénétration de microbes dans un foyer non infecté et de microbes nouveaux dans un foyer déjà infecté; mais les moyens physiques, mécaniques et thermiques, destinés à tuer les parasites compris dans les objets de pansement, ou adhérents aux mains du chirurgien ont remplacé les

agents chimiques; au règne de l'acide phénique a succédé celui de l'autoclave et du four à flamber. D'autre part, on a reconnu, et cela de la manière la plus certaine, que les agents antiseptiques ne tuent pas les microbes dans les tissus vivants. Déjà ils tuent mal *ceux qui sont mélangés à des liquides organiques*. Behring, par exemple, a constaté que le sublimé — qui peut tuer les germes dans l'eau à la dose de 1/5.000.000, — ne les tue dans le bouillon qu'à celle de 1/40.000, et dans le sérum qu'à celle de 1/2000. *S'agit-il de tissus vivants?* Zimmermann plonge un morceau de viande contenant des microbes variés dans une solution de bichlorure de mercure à 1/1000; au bout de vingt minutes la désinfection ne s'est pas encore produite. Schimmelbusch, Goldberg, un grand nombre d'auteurs ont étudié *l'action des antiseptiques sur des plaies expérimentales;* or, dans les cas où l'on inocule des microbes virulents, l'emploi immédiat des antiseptiques les plus énergiques ne suffit pas à empêcher l'infection générale.

Mieux encore, il est avéré que souvent l'application d'antiseptiques, au niveau d'une plaie infectée, en retarde la guérison, provoque une suppuration abondante; du reste l'emploi des antiseptiques, aux doses usuelles en chirurgie, amène des lésions histologiques importantes.

Tandis que disparaissait peu à peu la croyance à la possibilité d'amener la destruction des microbes dans les tissus par l'action des snbstances chimiques, nous étions de mieux en mieux informés sur la manière dont l'organisme se défend contre l'infection, sur la destruction des germes par les moyens naturels, par l'action bactéricide des cellules et des humeurs, ainsi que par l'éviction spontanée qui se produit au niveau des plaies en communication facile avec l'extérieur, souvent suffisante pour amener la désinfection, lorsque la virulence et la prolifération des cellules étrangères ne sont pas considérables (1).

De là est née une méthode nouvelle de traitement des plaies, c'est la méthode aseptique qui a maintenant triomphé, grâce à la jeune école chirurgicale. On peut résumer en quelques lignes les procédés qu'elle emploie, indiqués par exemple dans un travail récent (Gottschalk).

Dans les plaies sans réaction locale ni générale d'infection, le foyer traumatique et la peau ambiante seront détergés par l'eau ou la solution salée physiologique, stérilisées ; avec des compresses et des tampons stérilisés, on essuiera avec énergie, de manière à enlever tout ce qu'on peut du milieu traumatisé, si on ne peut l'exciser en entier et si on ne peut faire la réunion ; les pansements seront faits au moyen de gaze sèche ou de gaze humide ; Gottschalk fait remarquer les bons résultats que donne l'argile en poudre stérilisée.

(1) Sur tous ces points, V. la Thèse de Gottschalk. *Sur le traitement des plaies.* Paris 1901, Rousset

Dans les plaies contuses, on pratiquera la détersion mécanique en les ouvrant de manière à faciliter l'élimination de tous les produits morbides. On se servira de solutions chaudes (60-62°, Reclus).

Dans les plaies infectées, on lavera à l'eau stérilisée, avec des solutions chlorurées sodiques, l'eau oxygénée, antiseptique non nuisible pour les tissus. Le pansement doit assurer le drainage capillaire ; on se servira de gaze stérilisée humide, exprimée pour amorcer le courant continu qui doit se faire de la plaie vers le pansement, courant dû à l'absorption capillaire de la gaze. Celle-ci, mollement chiffonnée, sera couverte d'ouate hydrophile, puis d'ouate ordinaire, en couche peu épaisse pour ne pas empêcher l'évaporation. La bande qui maintiendra le tout sera peu épaisse.

L'imperméable doit être absolument proscrit (1) ; le pansement sera renouvelé souvent, au moins tous les jours. *Les pansements humides ont l'inconvénient de macérer les tissus et de fournir aux microbes* les conditions de culture d'une étuve. Ils devront toujours n'être que très légèrement humides (2).

Ainsi tout, dans le pansement, doit favoriser, sinon augmenter les éliminations naturelles, rien ne doit troubler les actes de défense qui se passent dans les tissus.

Revenons maintenant sur le terrain dermatologique.

Y a-t-il lieu de formuler des conclusions aussi absolues que celles qui sont indiquées par les chirurgiens de l'école aseptique ? Nous avons vu qu'on admet aujourd'hui que les agents chimiques considérés comme antiseptiques n'ont aucune action sur les microbes des plaies, en dehors de ceux qui sont absolument superficiels ; la protection par les liquides organiques, plus encore, s'il est possible, par les cellules phagocytaires qui englobent les microbes, suffit à empêcher le contact entre ceux-ci et les corps antiseptiques. Mais les conclusions qui s'appliquent aux plaies sont-elles applicables aux lésions cutanées ?

Au point de vue du pouvoir des antiseptiques, une distinction fondamentale doit être faite entre la couche cornée et les couches cutanées plus profondes. Formée de cellules arrivées au dernier terme d'une évolution, séparées par des graisses auxquelles sont mêlés les produits de sécrétion de la peau, la couche cornée laisse pénétrer les substances chimiques beaucoup plus facilement que le corps muqueux. Sans doute, il est prouvé qu'avec les moyens actuels l'antisepsie complète de la couche cornée est impossible. Ces moyens comprennent non seulement l'emploi d'antiseptiques, mais encore de procédés physiques destinés à les faire pénétrer profondément. Or, quels que soient ces moyens : alcool, sublimé, permanganate de potasse, brossage

(1) Cette assertion est discutable sous cette forme absolue ; elle ne s'applique pas en dermatologie, où il faut avant tout empêcher la dessiccation des produits de sécrétion, qui amène en profondeur une humidité persistante, en milieu organique, c'est-à-dire des conditions de culture favorables.

(2) Nous retrouverons plus loin les mêmes détails pour les pansements dermatologiques.

pendant dix minutes, les mains placées pendant cinq miuutes dans du sérum sanguin chaud y laissent des microbes qui germent à l'étuve (Hœgler). Encore faut-il remarquer que l'épiderme de la main ainsi placée dans le sérum est recouvert de couche cornée, et que le sérum lui-même ne pénètre pas les couches profondes de celle-ci

Ces expériences ne démontrent pas, toutefois, que les lésions de la couche cornée ne doivent pas être traitées par les antiseptiques ; il suffit que l'antisepsie de cette zone de la peau puisse être obtenue dans une large mesure pour la justifier au point de vue thérapeutique. Retenons seulement l'utilité des moyens physiques pour faciliter la pénétration des agents chimiques et d'autre part l'utilité d'incorporer ceux-ci à des substances qui dissolvent les graisses ; l'emploi de l'alcool dans le nettoyage des mains est maintenant courant en chirurgie, et les désinfectants agissent beaucoup mieux lorsqu'on a pris soin de dégraisser la peau aussi complètement que possible, par les frictions d'alcool. Ceci est encore un fait à retenir pour les applications dermothérapiques (1).

Mais si les expériences, concernant la désinfection des mains, ne suffisent pas à faire considérer comme inutile l'emploi des antiseptiques dans les lésions de la couche cornée, elles suffisent largement à démontrer qu'il est impossible d'agir par des agents chimiques sur les microbes contenus dans le corps muqueux qu'elle revêt, et le derme sous-jacent.

L'impossibilité de l'antisepsie par les antiseptiques devient encore plus évidente, lorsque des microbes auront provoqué des réactions inflammatoires de l'épiderme, lorsque les fentes du corps de Malpighi seront distendues par du sérum contenant en suspension des leucocytes, lorsque ceux-ci seront accumulés en petits foyers, lorsqu'il existera des vésicules et des bulles remplies de liquides organiques, limitées par des cellules epithéliales.

Les antiseptiques retrouvent une indication dans un seul cas, au moins en théorie est-elle tout à fait justifiable : je veux parler de celui où soit le corps muqueux, soit le derme, sont à nu, et où des agents microbiens se trouvent accumulés à la surface d'érosions et d'exulcérations, et, par suite, abordables aux antiseptiques. C'est ainsi que sous les croûtes de l'impetigo, à la surface du corps muqueux, le nitrate d'argent, l'eau d'Alibour ont sans doute une action bactéricide ; peut-être agissent-ils indirectement, en provoquant des réactions défensives énergiques et par suite comme des réducteurs ; au moins l'action antiseptique explique-t-elle bien les résultats favorables que donne leur emploi en thérapeutique (2).

(1) V. Longuet. *De L'asepsie des mains en chirurgie* (Presse Médicale, 10 Août 1901).

(2) Une remarque intéressante est à faire ici : l'action antiseptique ne se comprend dans ces exemples, qu'à la condition d'être faite au moyen d'agents énergiques à doses élevées, et appliquées de manière à pouvoir pénétrer profondément. Nous reviendrons sur ce point de pratique ; il me paraît certain que les corps qu'on appelle des antiseptiques doux, n'ont jamais d'action antiseptique.

Pour terminer le procès des antiseptiques, il est nécessaire de rappeler que leur usage inconsidéré a les plus graves inconvénients pour la peau.

Dans la pratique dermatologique, les exemples d'impetigos, de folliculites, de suppurations qui s'aggravent et s'étendent à la suite d'application d'agents antiseptiques sont presque quotidiens.

Les exemples d'accidents cutanés au niveau des plaies et autour d'elles dus au sublimé, à l'acide phénique, à l'iodoforme, au salol sont également des plus communs, beaucoup de médecins et de chirurgiens ayant conservé les règles de l'antisepsie listerienne qui ont réalisé un tel progrès, qu'ils sont un peu réfractaires aux méthodes d'asepsie ; on voit ainsi des agents chimiques retarder la guérison de lésions qui guériraient par des pansements simples à l'eau bouillie, on observe des éruptions médicamenteuses, parfois très étendues et très graves. Le salol, l'iodoforme sont extrêmement dangereux ; l'acide phénique à la dose de 2 °/₀, considérée comme dose antiseptique usuelle, retarde habituellement la réparation des plaies sur lesquelles on l'applique quand il n'amène pas la mortification des bords. Nous aurons certainement un jour l'occasion d'exposer l'histoire de ces éruptions médicamenteuses.

En dermatologie, l'usage d'antiseptiques doit en somme se restreindre à certains cas bien déterminés, et devient ainsi assez rare ; **le traitement des infections superficielles de l'épiderme, des infections dermiques, la prophylaxie de ces infections repose avant tout sur l'emploi de la méthode aseptique.**

Telle est l'importance de cette question qu'on me pardonnera d'avoir insisté sur une discussion théorique, mais maintenant nous allons en voir les conséquences pratiques.

Les règles générales de l'asepsie cutanée sont les suivantes : dans les infections cutanées, je parle des infections aiguës, l'emploi de la méthode aseptique est de règle ; la méthode antiseptique ne doit être employée que par exception dans des cas particuliers, bien déterminés ; encore verrons-nous que dans la plupart de ces cas, les deux méthodes doivent être combinées, le pansement doit être aseptique, on fera seulement dans l'intervalle des pansements des applications antiseptiques. Les principes de l'asepsie dans le traitement des dermatoses sont les mêmes que dans celui des plaies ; les moyens d'application diffèrent en raison de la complexité plus grande des faits. Mais ils ont toujours pour but de ne gêner en rien et même de faciliter la défense des tissus contre les microbes, d'aider à leur élimination et à celle de leurs produits de sécrétion et d'en faciliter l'absorption.

A quelles lésions de la peau s'applique la méthode aseptique ?

Les infections de la peau sont extrêmement communes ; rappelons *l'impetigo d'origine streptococcique* sous toutes ses formes, les *porofolliculites staphylococciques* (impetigo de Bockhart ou à pustules péripilaires disséminées) *l'ecthyma*, etc. Mais d'autres dermatoses relèvent des procédés d'asepsie au moins pendant une certaine période de leur traitement; je veux parler de toutes celles qui sont compliquées par une infection de la surface qu'il faut faire disparaître avant de traiter les lésions initiales et même celles qui sont susceptibles d'en être compliquées.

Toutes les dermatoses humides, les dermatoses prurigineuses fréquemment sont dans un de ces cas. Tantôt l'infection apparaît à l'œil nu : elle se révèle par des croûtes qui ne sont pas dans le plan régulier de la maladie, un suintement d'aspect anormal; s'il existe des vésicules et des bulles séreuses, elles se transforment en vésicules et phlyctènes purulentes par l'invasion des cocci superficiels. Tantôt l'infection ne se révèle pas; cependant l'asepsie cutanée doit précéder tout traitement actif ou simplement capable de ralentir les éliminations de la surface, et dont les effets seraient nuisibles, parce que la vitalité des microbes présents à la surface du corps muqueux serait exagérée. Mais l'asepsie superficielle est beaucoup plus facile dans ces cas que dans ceux où existent des produits visibles d'infection et sa durée peut être très courte.

Dans les procédés d'asepsie cutanée, on peut enfin comprendre ceux qui sont nécessaires à l'élimination des corps étrangers, qui gênent les éliminations profondes, sont souvent le point de départ d'infections térébrantes, tels que les comédons de l'acné, les poils, lorsqu'il existe une maladie inflammatoire d'une région pilaire. L'asepsie comprend même les méthodes qui servent à l'élimination de foyers de suppuration intradermiques. Enfin elle comprend l'étude du traitement des érosions et des ulcérations de tout genre. On voit combien ses applications sont étendues.

On peut étudier surtout l'asepsie cutanée superficielle, nous dirons quelques mots de l'asepsie profonde, comprenant l'asepsie des régions pilaires, et de l'asepsie des ulcérations (1). *(A suivre.)*

---

(1) **Articles suivants :**

Asepsie cutanée superficielle. Asepsie profonde. Asepsie des ulcérations.

Méthode antiseptique. Antisepsie passagére. Antisepsie permanente.

Traitement des impetigos primitifs, secondaires, de l'ecthyma, du furoncle, des folliculites, des sycosis, des balanites, des dermatoses bulleuses infectées.

LA QUESTION DES INJECTIONS MERCURIELLES DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

Pour combattre l'infection et les accidents syphilitiques nous avons à notre disposition deux modes de traitement, mais *un seul est fondamental, nécessaire et réellement spécifique, c'est le traitement mercuriel.*

Le traitement iodo-potassique n'a que des indications particulières que j'aurai l'occasion d'exposer plus tard.

A quelques exceptions près, toutes les lésions syphilitiques peuvent guérir par le mercure seul. J'ai vu — tout le monde a vu — des accidents ne guérir que par le traitement mixte ou même guérir par l'iodure de potassium seul ; je le répète, ce sont des exceptions. Or, telle est l'importance de la cure mercurielle chez les syphilitiques qu'on ne saurait trop insister sur la manière de la pratiquer et sur les indications des différents procédés. On peut se demander si, en général, cette cure est faite comme elle devrait l'être. Trop souvent on voit des syphilitiques qui présentent des accidents d'une gravité moyenne et qui ont résisté à un traitement hydrargyrique parce qu'il a été fait à dose insuffisante. Mais, bien plus, je me demande — et nous aborderons cette question plus loin — si le traitement antisyphilltique — tel qu'il est indiqué à l'heure actuelle dans les traités classiques — ne peut être perfectionné au grand avantage des malades.

Je ne ne veux pas traiter ici la question du traitement mercuriel dans son ensemble ; je laisserai de côté tout ce qui à trait à la technique du traitement par voie gastrique ou par voie cutanée que l'on trouve exposée partout. Mais parmi les dermatologistes le traitement par les injections a pris une importance considérable et il me semble que les médecins praticiens ne tirent pas de ce procédé tout le parti qu'ils pourraient en tirer. A cela je vois deux raisons : ils ignorent trop les avantages réels, considérables même, des injections sur tous les autres modes de traitement ; en outre, pour pratiquer les injections mercurielles il faut une certaine expérience ; cette expérience est très courte, très facile à acquérir ; encore faut-il l'acquérir.

Avantages des injections sur les autres modes de traitement.

On peut admettre, que la guérison des accidents syphilitiques par le mercure dépend — et dépend uniquement — de la quantité de mercure solubilisé et introduit en circulation dans l'organisme. Il suffit d'observer ce qui se passe lorsque, à un traitement quelconque, fait par un procédé quelconque, mais avec une dose de mercure

insuffisante et qui ne peut amener la guérison, on substitue un traitement mercuriel quelconque fait par un procédé quelconque, mais où la dose de mercure est plus forte ; *dans ces conditions la guérison se produit.*

L'expérience quotidienne des syphiligraphes leur démontre que certaines injections permettent de guérir des accidents rebelles à tous les autres modes de traitement. Je parle en ce moment des injections insolubles à dose forte et, en particulier, des injections hebdomadaires de calomel à 10 centigrammes.

Ceci est établi à tel point que, d'une manière presque classique en France, on recommande aujourd'hui les injections de calomel pour la guérison des syphilides les plus rebelles de toutes, je veux parler des syphilides linguales, palmaires et plantaires. En outre, lorsque le médecin se trouve en présence d'un malade atteint d'accidents dont le diagnostic ne peut être fait par les procédés cliniques ni par la biopsie, par l'analyse la plus minutieuse des lésions et où l'hypothèse de syphilides peut être soulevée, il est habituel de faire le diagnostic par le traitement sous forme d'injections, et — s'il s'agit de syphilides — deux injections de calomel à dose forte permettent d'affirmer presque toujours l'origine des lésions visibles.

Or, à un adulte vigoureux nous donnons, chaque jour, par voie gastrique, 10 centigrammes de proto-iodure de mercure, soit 70 centigrammes par semaine, et nous sommes loin d'avoir un résultat comparable à celui que nous obtenons avec 10 centigrammes de protochlorure injecté dans la fesse. Ceci correspond à des doses de mercure de 42 cent. 8 de mercure dans le cas du proto-iodure, et de 7 cent. 38 seulement dans le cas du calomel.

De même, l'effet thérapeutique d'injections de sublimé à la dose de 1 centigramme à 15 milligrammes par jour, est égal ou supérieur à celui que donnent les pilules de sublimé à la dose de 3 centigrammes par jour.

Que faut-il conclure de cela, si ce n'est que par la voie gastrique tout le mercure introduit est loin d'être assimilé. Or, aucune raison ne nous permet d'affirmer que chez tous les individus l'assimilation se fait exactement de la même manière par voie gastrique ou intestinale.

De même, nous ne pouvons supposer que des frictions d'onguent napolitain de 4 grammes permettent d'introduire dans l'organisme les 2 grammes de mercure qui y sont contenus, et, d'autre part, que chez tous les individus l'assimilation de l'onguent napolitain, à la suite des frictions, se fasse exactement de la même manière.

Sans aller plus loin, je dirai que la démonstration me paraît suffisante, et je conclurai ceci : **Il existe un procédé, mais un seul, qui permet à l'heure actuelle d'introduire dans l'organisme une quantité de mercure déterminée, ce sont les injections mercurielles.**

Cette proposition entraîne le corollaire suivant : **Toutes les fois qu'on voudra introduire dans l'organisme la dose de mercure la plus forte possible, pour obtenir de cet agent tous les effets utiles en évitant les effets toxiques, on devra le faire sous forme d'injections mercurielles.**

Bref, celles-ci sont la méthode de choix lorsqu'on veut traiter des accidents graves où l'intervention active est une question d'heure et peut empêcher — au niveau du cerveau ou de tel autre organe essentiel — une oblitération vasculaire et des destructions irréparables.

Ceci suffit pour démontrer l'importance des injections mercurielles; nous en établirons plus tard les indications détaillées; pour le moment nous allons en étudier la technique.

Technique des injections mercurielles.

Les injections mercurielles peuvent être pratiquées au moyen de sels solubles ou de composés insolubles. Les sels solubles peuvent être injectés sous la peau, dans les muscles ou même dans les veines; les sels insolubles doivent être toujours injectés profondément dans une masse musculaire.

Toutes ces injections doivent être rigoureusement aseptiques ; elles seront faites au moyen de seringues et d'aiguilles stérilisables et stérilisées au moment de s'en servir; en outre, avant les injections, la peau doit être aseptisée.

Les injections sous-cutanées ne peuvent pas se faire dans toutes les régions parce qu'elles laissent régulièrement à leur suite des nodules indurés qui causent une gêne au malade ; en outre, elles sont souvent un peu douloureuses et il faut les pratiquer dans les régions où la sensibilité de la peau est la moins marquée. On les fera de préférence dans les flancs ou à la région inter-scapulaire, de chaque côté du rachis.

Pour notre part, nous faisons surtout les injections mercurielles intra musculaires, qu'il s'agisse de sels solubles ou de sels insolubles. Il est, en effet, certain que la douleur est d'autant moindre que l'injection musculaire est plus profonde et, d'autre part, les nodules intra-musculaires sont moins gênants que les nodules sous-cutanés.

La technique des injections musculaires est assez délicate. Lorsqu'il s'agit de sels solubles, la profondeur importe relativement peu ; lorsqu'il s'agit de sels insolubles, il est toujours nécessaire de faire les injections très profondément et cependant d'éviter les troncs vasculaires et les filets nerveux que l'on peut trouver dans la profondeur.

Les injections intra-musculaires se font au niveau de la fesse; les autres régions où on les a faites ont été à peu près abandonnées. Il existe deux points de prédilection. L'injection peut se faire : 1° Dans la fossette rétrotrochantérienne, à un travers de doigt en arrière du trochanter. 2° Au niveau du point de Galliot, en pleine fesse à l'intersection de deux lignes passant l'une, horizontale, à deux travers de

doigts au dessus du grand trochanter, l'autre, verticale, à l'union du tiers interne et des deux tiers externes de la fesse.

Sur l'asepsie cutanée nous devons donner quelques détails. Beaucoup de procédés peuvent être employés et beaucoup sont bons. Pour ma part, je préfère le procédé le plus simple, car en compliquant la méthode on s'expose davantage à commettre des fautes.

Au moment de faire l'injection, la peau, au niveau où on fera l'injection, est frictionnée vigoureusement pendant deux minutes avec du coton hydrophile propre imprégné de la solution suivante :

Alcool à 90°...........................	500 gr.
Sublimé................................	1 »

On peut également nettoyer la peau avec de l'éther ou du chloroforme.

La seringue aseptique, sortant de l'eau bouillante, est armée d'une aiguille en acier ou en platine iridié de 6 cent. de long. de diamètre assez large pour permettre le passage des sels insolubles, sortant également de l'eau bouillante et prise avec une pince. La seringue étant armée de l'aiguille, on pique d'un coup sec la peau perpendiculairement à la surface de la fesse au niveau des points indiqués et on pénètre à 5 centimètres, en moyenne, dans le grand fessier. — Cela fait, on aspire au moyen de la seringue; s'il vient du sang, il faut retirer la seringue et l'aiguille et piquer ailleurs; s'il ne vient pas de sang on peut pousser l'injection.

Ce point de technique est tout à fait essentiel ; quand on on ne le suit pas, on s'expose à injecter un sel mercuriel insoluble dans une veine et à avoir des accidents d'embolie pulmonaire parfois mortels ou dans une artère et à amener une eschare.

L'aiguille introduite à la profondeur que nous avons indiquée et l'aspiration faite négativement, on retire la seringue et on la charge avec le liquide qu'on veut injecter, puis on pousse doucement l'injection.

Voici maintenant des formules de sels solubles et de sels insolubles ;

Sels solubles :

1° Bichlorure de mercure.................	0 gr. 10
Chlorure de sodium....................	0 » 075
Eau distillée..........................	10 » »

Un centimètre cube représente un centigramme de sublimé par jour, dose employée quotidiennement par la majorité des dermatologistes.

2° Cyanure de mercure.................	0 gr. 10
Eau distillée bouillie....................	10 gr. »

On injecte, chaque jour, 1 centimètre cube, c'est-à dire 1 centig. de cyanure de mercure.

Il est inutile d'ajouter de la cocaïne comme on le fait d'habitude elle ne diminue en rien la douleur.

3° Benzoate de mercure....................	0 gr. 10
Benzoate d'ammoniaque neutre...........	0 gr. 50
Eau distillée bouillie : q. s. pour..........	10 cmc.

(Bretonneau et Desesquelles).

ou bien (1) Benzoate de mercure .... 0 gr. 10
Chlorure de sodium.................. 0 » 075
Eau distillée.......................... 10 »
(Lafay).

Un centimètre cube chaque jour.

4° Cacodylate de mercure.................. 1 gr.
Acide cacodylique........................ 2 »
Eau distillée............................ 75 »

ajouter Iodure de sodium .... 1 »
Eau distillée............................ 5 »

neutraliser par la soude caustique et ajouter :

Eau distillée : q. s. pour 100 cm³. (Fraisse).

Cette solution est recommandée par Brocq ; on injecte chaque jour 2 cent. cubes correspondant à 1 centigramme de biiodure.

5° Biiodure de mercure.................... 0 gr. 04
Huile d'olive pure et stérilisée........... 10 cmc.

Cette solution (huile biiodurée) est très employée; elle a été recommandée surtout par Panas. On injecte chaque jour un centimètre cube. La dose de mercure ainsi introduite n'est pas suffisante ; on prépare maintenant des huiles biiodurées contenant un centigramme de biiodure par cent. cube. (Lafay.)

L'huile biiodurée doit toujours être injectée dans la profondeur des muscles ; on suivra la même technique que pour les injections insolubles.

Sels insolubles :

Nous laissons de côté l'oxyde jaune de mercure et le salicylate qui ne sont plus employés que rarement.

1° Calomel. L'injection de calomel se fait en général tous les huit jours. On se servira du mélange suivant :

Calomel,...................... 0 gr. 25 à 0 gr. 50
Huile de vaseline stérilisée................. 5 cent. cubes.

2° L'huile grise (Lang) a pour formule :

Mercure purifié............................ 20 gr.
Teinture de benjoin........................ 5 »
Huile de vaseline stérilisée.................. 40 »

ou la suivante :

Mercure purifié............................ 20 gr.
Vaseline.................................. 10 gr.
Huile de vaseline.......................... 20 gr.
(Vigier).

Pour ce mélange, il est nécessaire de se servir d'une seringue spéciale (Barthelémy, Le Pileur) qui permette de faire l'injection par gouttes. On peut ainsi injecter tous les huit jours de 5 à 12 centigrammes de mercure métallique.

Un des inconvénients de l'huile grise est qu'on ne peut doser très exactement la quantité de mercure injectée. (*A suivre*).

E. L.

(1) Gaucher. *Société médicale des hôpitaux*, novembre 1901.

SOCIÉTÉS SAVANTES(1)

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE & DE SYPHILIGRAPHIE

JANVIER 1901 — FÉVRIER 1902

I. — Tuberculose cutanée et Tuberculides (2).

Note préliminaire.

Nous rappellerons ici que, depuis quatre ou cinq ans, le domaine de la tuberculose cutanée s'est extrêmement étendu et qu'on y comprend aujourd'hui, outre le lupus vulgaire, la tuberculose papillomateuse des extrémités, les gommes tuberculeuses, la tuberculose aiguë des orifices, une série d'affections qu'on en avait séparées jusque-là — le lupus érythémateux (Cazenave), l'acnitis et la folliclis (Barthélemy), l'érythème induré (Bazin) le lichen scrofulosorum (Hebra) et une série d'autres lésions. Parmi ces éruptions la plupart avaient été séparées de la tuberculose parce que la structure en diffère, parce qu'on n'y trouve pas de bacilles et parce qu'elles ne réagissent pas à la tuberculine.

Or, 1°, des lésions telles que le lichen scrofulosorum ont la structure des lésions tuberculeuses, contiennent des bacilles et réagissent à la tuberculine.

2° Des lésions telles que l'érythème induré peuvent avoir la structure tuberculeuse et contenir des bacilles.

3° Mais il y a plus et on peut croire que des lésions qui n'ont pas la structure tuberculeuse, qui ne contiennent pas de bacilles (colorables ou décelables par l'inoculation au cobaie) qui ne réagissent pas à la tuberculine peuvent être d'origine et de nature tuberculeuses. Entre elles et les lésions tuberculeuses classiques, on rencontre toutes les transitions anatomocliniques, en outre elles appartiennent avec une telle fréquence à des tuberculeux qu'on a la plus grande tendance à admettre une relation de cause à effet.

(1) *Nous n'avons pas l'intention de présenter à nos lecteurs un compte rendu des séances de la Société de Dermatologie Française ou des Sociétés de Dermatologie étrangères. Nous ne viserons pas à l'actualité. Nous pensons en effet qu'il est inutile de tenir mensuellement nos lecteurs au courant de communications portant sur des sujets extrêmement spéciaux et nous ne ferons de concessions à l'actualité que lorsqu'elle aura un intérêt immédiat. C'est ainsi que nous consacrerons prochainement une revue à la question de la pelade.*

Nous ferons donc des comptes rendus annuels, dans lesquels nous analyserons les communications particulièrement intéressantes faites dans le cours de l'année précédente. Cela nous permettra en même temps de grouper les communications se rapportant à un même sujet. Nous espérons que ces analyses se présenteront ainsi sous une forme beaucoup plus vivante pour nos lecteurs, qui pourront se mettre au courant de l'état actuel d'une question donnée.

(2) La question de la tuberculose cutanée est traitée dans son ensemble dans le travail suivant :

LEREDDE. *Les tuberculides cutanées*. Semaine médicale, 3 février 1900.

Voir également la discussion du Congrès de Dermatologie et de Syphiligraphie. Paris 1901.

Les lésions que nous avons énumérées, lupus érythémateux, acnitis, etc., peuvent être groupées sous le nom de tuberculides (Darier), toxituberculides (Hallopeau), exanthèmes tuberculeux (C. Bœck), angiodermites tuberculeuses (Leredde).

Il convient de rappeler que la théorie tuberculeuse du lupus érythémateux, la plus importante de ces maladies, est due à Besnier et à Hutchinson.

On comprend, sans que nous insistions davantage, l'intérêt considérable de ces questions; la tuberculose devient, au point de vue de ses éruptions, une maladie aussi variée et polymorphe que la syphilis.

Lupus vulgaire.

Nous n'insisterons pas sur les différentes communications faites dans le cours de cette année, sur le lupus vulgaire. Elles se rapportent à peu près toutes au traitement du lupus et roulent principalement sur le traitement par la photothérapie ou par le permanganate de potasse. Cette question est toute d'actualité et d'une importance capitale. Une des prochaines séances de la société de dermatologie doit lui être spécialement réservée. Nous lui consacrerons à ce moment-là un compte rendu spécial.

Lupus érythémateux.

Troisième observation de lupus érythémateux avec cellules géantes, par Ch. Audry. Séance du 15 avril 1901.

Il s'agit d'un lupus érythémateux de l'extrémité du nez absolument typique au point de vue clinique, qui fut traité par l'ablation et les greffes d'Ollier-Thiersch. Les fragments enlevés furent fixés et inclus et l'examen de cinq d'entre eux ne révéla que les lésions classiques, sans permettre de trouver de cellules géantes. Mais l'examen de l'un des autres fragments fait par hasard dans la suite permit de trouver sur trois coupes une cellule géante type en plein tissu conjonctif, indépendante de tout infiltrat, de tout nodule.

Cette observation montre quelle difficulté il y a à trouver des cellules géantes dans le lupus érythémateux, puisque dans le cas qui nous occupe il fallut faire des centaines de coupes pour arriver à en trouver trois. Il est permis de penser que si un examen ausi patient était fait d'une façon constante, la présence de lésions tuberculeuses typiques serait notée plus souvent dans le lupus de Cazenave. Pour Audry, ayant examiné trois fois comme il convient, le lupus érythémateux, il y a trouvé trois fois des cellules géantes. Elles y sont donc extrêmement rares, mais elles y sont toujours.

Traitement du lupus érythémateux par le radium, par Danlos et Bloch. Séance du 7 novembre 1901.

Nous répéterons à ce sujet ce que nous avons déjà dit pour le lupus tuberculeux : la question du traitement des tuberculoses cutanées devant faire l'objet d'une discussion prochaine, la question de la radiumthérapie sera traitée à ce moment là d'une façon plus utile et plus complète.

Lupus érythémateux aigu par Gaucher et Paris. Séance du 7 novembre 1901.

Il s'agit d'une femme de 52 ans chez laquelle le début des accidents remontait à 3 mois et qui présentait au moment où elle fut examinée une érythrodermie de toute la face, du cou et partiellement des mains ; le visage était en même

temps boursouflé, les lèvres, les oreilles, les paupières tuméfiées. Sur la face existaient des squames assez larges, blanches, très adhérentes. Sur les membres inférieurs on notait une érythrodermie des pieds avec desquamation par larges lambeaux ; et, à la face antérieure des jambes, des cuisses et sur tout le tronc une véritable éruption de petits nodules arrondis, intradermiques, du volume d'une lentille. Toutes les lésions s'accompagnaient d'un prurit assez intense.

En même temps l'état général s'altérait, la malade se mit à tousser, à faire de la fièvre, et l'on put bientôt constater des bacilles de Koch dans ses crachats.

La connaissance de faits semblables est importante : au point de vue clinique, pour permettre d'éviter une erreur de diagnostic, une érythrodermie semblable pouvant en imposer pour une autre affection ; au point de vue théorique, comme confirmation de la théorie tuberculeuse du lupus érythémateux ; il s'agit évidemment dans un cas pareil d'une invasion de tout l'organisme par le bacille de Koch qui au poumon crée des lésions de tuberculose pulmonaire, et à la peau du lupus érythémateux.

Lupus Pernio.

Lupus pernio typique, par Danlos. Séance du 6 juin 1901.

Il s'agit d'un lupus pernio typique du nez et des régions malaires existant en même temps que des altérations osseuses des mains et des pieds (spina ventosa). L'intérêt de ce cas réside surtout dans les lésions histologiques. M. Gastou qui en pratiqua l'examen put constater des lésions tuberculeuses typiques avec cellules géantes, en même temps qu'une infiltration de lymphocytes et de plasmazellen transformant par places le derme en une sorte de tissu réticulé et lymphoïde. La recherche du bacille de Koch fut négative.

La constatation de cellules géantes dans le lupus pernio présente un très grand intérêt. Elle tend à faire ranger franchement cette affection parmi les tuberculoses de la peau, comme le fait s'est déjà produit pour l'érythème induré.

Sur un cas de lupus pernio avec considérations sur la nature de cette maladie, par Hallopeau et Villaret. Séance du 6 juin 1901.

En étudiant le cas de lupus pernio qui fait l'objet de leur communication, les auteurs se sont demandés comment l'on pouvait considérer les rapports entre les phénomènes d'asphyxie locale et les lésions lupiques qui leur font suite, et pensent qu'il peut y avoir là une association de deux processus morbides distincts : une angio-névrose donnant lieu aux troubles de vascularisation, et un lupus, qui trouverait un terrain favorable.

Autres Tuberculides.

Éruption circinée du front, par Chatin et Gastou. Séance du 4 juillet.

La malade qui fait l'objet de cette communication mérite d'attirer l'attention par la forme rare qu'avait prise chez elle un lupus tuberculeux et par les erreurs de diagnostic qui furent commises. Il s'agissait d'une jeune femme présentant sur le front un placard ovalaire représenté par une partie centrale blanche, arrondie, entourée par un anneau rouge sombre, formant une crête rugueuse, saillante, infiltrée. L'aspect était celui d'une syphilide circinée ; du reste, depuis le début des lésions, remontant à 16 mois, l'hypothèse de la

syphilis avait été émise par plusieurs médecins consultés successivement, et la malade avait été soumise aux injections de calomel (3) aux injections d'huile biiodurée (15), aux pilules de Dupuytren, à l'iodure de potassium, le tout sans résultat.

La syphilis écartée par l'insuccès du traitement spécifique, restait l'hypothèse d'un lupus, rendue objectivement peu vraisemblable par l'absence de tout lupome et par ce fait que le centre du placard, de couleur blanche, avait été aussi rouge que les bords au dire de la malade, mais ne présentait actuellement aucune atrophie cicatricielle ; or un lupus guéri laisse toujours trace de son passage.

Dans ces conditions une biopsie fut pratiquée ; elle révéla à la partie superficielle du derme une infiltration formant de véritables manchons périvasculaires et dans le derme profond une désorganisation complète des tissus avec volumineuses cellules géantes. En résumé tissu nettement tuberculeux permettant d'affirmer le diagnostic de tuberculose cutanée, intermédiaire entre le lupus nodulaire et la tuberculose végétante non ulcéreuse, variété se rapprochant cliniquement du lupus centrifuge circiné.

M. Brocq fit observer à propos de ce malade qu'il avait déjà observé cette forme de lupus avec M. Jacquet et constaté que c'était une forme grave extensive, s'accompagnant souvent de tuberculose pulmonaire.

Dermatose para-tuberculeuse lichénoïde et eczématiforme et tuberculides associées à des adénites cervicales tuberculeuses, par Gastou et Paris. Séance du 2 mai.

Il s'agit de 2 malades, porteurs tous deux d'adénites cervicales suppurées, et présentant des lésions cutanées que l'examen histologique démontra être des tuberculides.

Le premier de ces malades présentait sur le tronc et les jambes des placards irréguliers, saillants, limités, érythémato-squameux. rentrant dans le groupe des eczémas lichénoïdes ou lichénifiés, à allures chroniques. L'examen biopsique permit de faire le diagnostic de tuberculide.

Le second malade présentait en même temps une poussée ganglionnaire, de la toux, de l'amaigrissement, des sommets suspects, et une éruption sur le tronc et les membres de lésions papulo-érosives, ulcéreuses ou pustuleuses, ressemblant à l'acné pustuleuse ou à la folliclis de Barthélemy. L'examen histologique permit de reconnaître toutes les lésions des tuberculides.

Les auteurs émettent l'hypothèse qu'il s'agit peut-être dans ces deux cas de lésions « paratuberculeuses » dues aux toxines du bacille de Koch.

Tuberculides papulo-pustuleuses isolées et agminées avec infiltration en nappe, par Hallopeau. Séance du 7 février 1902.

A la suite d'une grippe, suivie de toux persistante, le malade présenta une éruption constituée par des boutons indurés, suppurant à leur sommet, se multipliant pour former des plaques agminées, et laissant à leur suite des macules persistantes. L'affection évoluait par poussées successives.

Le malade avait perdu sa mère de tuberculose, et lui-même présentait des sommets suspects.

En somme les nodules isolés se rapprochent de la folliclis de Barthélemy, mais ce qu'il y a de remarquable dans ce cas, c'est l'agglomération de ces éléments en placards, la forme agminée de cette tuberculide. L. P.

Formulaire Thérapeutique

I. De l'importance des excipients, dans la thérapeutique dermatologique.

Comme il a été dit dans le programme du journal, nous ne donnerons jamais ici de formules sans les expliquer, les commenter, expliquer leur emploi et leur mode d'action.

Mais avant de donner des formules s'appliquant à des cas spéciaux, nous passerons en revue les différents modes de pansement employés en dermatologie, ou plutôt les différents modes de présenter à la peau un agent thérapeutique : pommades, pâtes, glycérolés, crêmes, bâtons de pommade, emplâtres, etc...

* * *

Ces différents modes de présenter l'agent actif à la peau jouent dans le traitement des maladies cutanées un rôle des plus importants.

Il n'est pas indifférent en effet d'appliquer tel médicament sous forme de lotion, de pommade, de pâte : le résultat obtenu pourra être tout différent, excellent ou détestable. Le rôle de l'excipient apparaît comme capital.

Prenons un exemple parmi les agents employés quotidiennement en dermatologie : la vaseline. Il n'est plus de médecin praticien, croyons-nous, qui n'ait eu l'occasion d'observer les effets nuisibles produits dans certains cas par l'emploi de cette graisse ou même de toute autre.

Prenons également le soufre, médicament d'un usage courant en dermothérapie, agent anti-séborrhéïque par excellence ; nous pouvons l'employer sous forme de lotions hydro-alcooliques telle que la suivante :

Soufre précipité...	10 gr.
Alcool............	10 —
Eau..............	80 —

sous forme de pommade :

Soufre............	5 gr.
Vaseline..........	95 —

sous forme de pâte :

Soufre précipité....	4 gr.
Oxyde de zinc......	6 —
Ceyssatite.........	2 —
Axonge benzoïnée..	28 —

enfin sous forme de cérat :

Soufre précipité....	5 gr.
Cérat.............	95 —

Or le résultat obtenu par ce même agent présenté de ces quatre manières pourra être entièrement différent.

Si le malade a la peau d'un grain assez fin, ou facilement irritable, l'application d'une pommade soufrée pourra déterminer des phénomènes inflammatoires intenses ; au contraire le même malade aurait parfaitement toléré l'application d'une pâte, même avec doses de soufre supérieures.

Considérons de même un malade atteint d'eczéma, chez lequel les phénomènes inflammatoires aigus viennent à peine de disparaître et que nous nous proposons de traiter par des réducteurs faibles, tels que l'ichtyol par exemple.

Si l'eczéma de ce malade est encore irritable, l'application trop hâtive d'ichtyol sous forme de pommade, telle que :

Ichtyol...........	5 gr.
Vaseline..........	95 —

pourra déterminer une nouvelle poussée inflammatoire. Au contraire l'application d'une pâte ou d'un glycérolé à l'ichtyol sera très bien supportée par le malade, améliorera l'état de ses lésions et permettra sans danger l'emploi d'une pommade active quelques jours plus tard.

Prenons encore un malade atteint d'une inflammation aiguë mais passagère, telle que celle qui succède par exemple à une cure d'exfoliation par la résorcine dans un cas d'acné.

A un pareil malade nous ne prescrirons ni une pommade, mais une pâte, ou une crême.

* * *

Nous pourrions multiplier les exemples ; ceux que nous venons de donner permettent de comprendre

l'importance du rôle joué par l'excipient. A côté de l'agent actif qu'il est chargé de présenter à la peau, il agit pour son propre compte, par ses qualités physiques. Si bien qu'un grand nombre de pâtes, les pâtes simples, ne comprennent dans leur formule aucun médicament actif, mais agissent simplement par leurs propriétés plastiques.

Les propriétés physiques de l'excipient expliquent encore les résultats différents obtenus par unepâte médicamenteuse, une pommade, un emplâtre, par ce fait qu'elles règlent la pénétration plus ou moins profonde du médicament à l'intérieur de la peau. C'est ainsi qu'une lotion aqueuse qui contient un agent actif en suspension ou en dissolution dépose simplement une couche légère de cet agent à la surface de la peau. Son action sera celle de cet agent appliqué directement en poudre excessivement fine. Une pâte, qui est un mélange de graisses et de poudre, pénètre la couche cornée par la graisse qu'elle contient ; mais les substances pulvérulentes qu'elle contient aussi lui donnent une porosité qui permet à la peau de fonctionner normalement sous cet enduit, et d'absorber ainsi les secrétions cutanées. Dans ces conditions l'agent médicamenteux contenu dans une pâte ne pénètre pas très avant à l'intérieur des tissus et ne dépasse guère la couche cornée (ces différents points seront repris dans l'étude détaillée des pâtes). — Dans les pommades, composées de graisses et d'un agent médicamenteux, l'occlusion de la peau par les substances grasses est à peu près complète: la perspiration cutanée ne s'effectue plus ; les produits de secrétion de la peau sont retenus à sa surface; il s'ensuit une inflammation locale, une dilatation des capillaires, des phénomènes congestifs ; dans ces conditions les échanges osmotiques entre les graisses de la peau et les graisses chargées de substance médicamenteuses sont beaucoup plus actifs et l'agent médicamenteux pénètre beaucoup plus profondément.

Enfin, dans les emplâtres, l'occlusion de la peau est complète : les emplâtres sont donc des agents extrêmement actifs ; le médicament dont ils sont chargés agit profondément.

On voit que ces différents excipients forment ainsi une sorte de gamme, qu'il est indispensable de connaître. Ce n'est pas au hasard que l'on doit s'adresser à une lotion ou à une pommade ; il faut savoir ce que l'on veut, comment l'on veut agir, et quels sont les agents que l'on a à sa disposition dans tel cas donné.

Il est donc essentiel de savoir manier correctement les différents topiques de la thérapeutique cutanée : lotions, pâtes, pommades, crêmes, bâtons de pommade, emplâtres, etc. Nous les passerons successivement en revue, en indiquant leur composition, leur mode d'action, et leurs indications générales.

II. Les Pâtes.

Les pâtes sont des topiques dans la composition desquels entrent des matières grasses et des substances pulvérulentes. Elles ont été introduites dans la thérapeutique dermatologique, par les Allemands et en particulier par Unna et Lassar. En France, leur emploi est bien loin d'être généralisé autant qu'il devrait l'être, et à peu près inconnu par les praticiens. Les pâtes sont cependant des topiques de tout premier ordre, d'une application journalière, et il est surprenant que les dermatologistes eux-mêmes n'en connaissent pas tous les avantages.

Composition.

Les matières grasses qui entrent dans la composition des pâtes peuvent être des graisses dures, adeps lanœ, lanoline — ou molles : vaseline, axonge — ou liquides : huile d'olive, huile de lin. Toutefois, on devra donner la préférence aux graisses molles, telles que la vaseline ou l'axonge, ou le mélange de lanoline-vaseline à parts égales. Les graisses molles s'incorporent en effet plus facilement les matières pulvérulentes, donnent plus de corps aux pâtes, leur permettent de mieux s'étaler, de pénétrer plus facilement la couche cornée.

Les matières pulvérulentes, employées pour la confection des pâtes, sont : l'oxyde de zinc, l'amidon, le kaolin, le carbonate de magnésie, la craie préparée, la terre d'infusoires. Cette dernière (Kieselguhr des Allemands, randanite ou ceyssatite de Darier et Veyrières, est une terre de silice

pure, particulièrement recommandable par ce fait, qu'elle est presque exclusivement composée de carapaces de diatomées, ce qui lui donne une porosité et un pouvoir d'attraction capillaire, très précieux pour une pâte.

Les poudres les plus employées sont : l'oxyde de zinc, l'amidon, l'oxyde de zinc et la terre de diatomées.

* * *

Formules.

Indiquons d'ailleurs tout de suite, pour fixer les idées, les principaux types de pâtes employées le plus fréquemment. Nous ne donnerons pour le moment que des formules de pâtes simples, c'est-à-dire ne contenant aucun agent actif. Les autres, ou pâtes médicamenteuses, seront étudiées dans la suite.

Oxyde de zinc.....	10 gr.
Ceyssatite.........	2 —
Axonge benzoïnée..	28 —

(Unna)

Oxyde de zinc...	āā
Amidon.........	āā
Lanoline........	āā
Vaseline........	āā

(Lassar)

Oxyde de zinc.........	20 gr.
Huile d'amandes douces	10 —

(Besnier)

Oxyde de zinc.....	5 gr.
Kaolin............	15 —
Vaseline..........	30 —

(Malcolm Morris)

A côté de ces pâtes, que l'on pourrait appeler pâtes dures, ou pâtes ordinaires, il convient de placer les « pâtes molles », dans lesquelles la matière grasse est représentée par une huile, et auxquelles on peut incorporer de l'eau :

Craie préparée...	āā
Oxyde de zinc...	āā
Huile de lin.....	āā
Eau de chaux...	āā

(Unna)

Oxyde de zinc......	10 gr.
Ceyssatite.. } āā...	5 —
Adeps lanæ }	
Huile d'olives......	10 —
Eau distillée.......	20 —

(Leistikow).

Oxyde de zinc......	20 gr.
Craie } āā...	10 —
Eau blanche }	
Huile de lin }	

(Leistikow).

Il faut encore ajouter que l'on peut faire des pâtes souples, s'appliquant bien, en incorporant à du glycérolé d'amidon des poudres inertes dans la proportion de 10 à 30 pour 100.

* * *

Mode d'action.

Les pâtes contenant une proportion notable de graisse, cette graisse imbibe la couche cornée, augmente sa souplesse, ou la lui restitue si elle l'avait perdue.

Mais la quantité considérable de poudres qu'elles contiennent aussi leur donnent en même temps une porosité assez grande; c'est-à-dire qu'elles ne forment pas à la surface de la peau un revêtement imperméable, mais permettent à la peau de continuer à fonctionner normalement sous un enduit protecteur.

Par leur perméabilité, elles ne s'opposent pas à la perspiration cutanée; c'est-à-dire à l'exhalation aqueuse ou transpiration invisible et n'ont pas l'action irritante qui est souvent le fait des pommades (Darier). De plus leur porosité, leur pouvoir d'attraction capillaire, leur permettent d'absorber les secrétions de la peau (Leistikow). *La réunion de ces deux propriétés fait donc des pâtes des agents décongestionnants.*

Indications.

Les indications des pâtes résultent de ce qui précède: chaque fois que l'on se trouvera en face d'une lésion enflammée, irritée, congestionnée, on se gardera bien d'appliquer une pommade, qui par l'enduit imperméable qu'elle formerait à la surface de la peau, par la rétention des sécrétions cutanées qu'elle réaliserait, augmenterait l'inflammation et la congestion, mais on appliquera une pâte. Celle-ci formera à la surface des lésions un enduit protecteur suffisamment souple, qui les mettra à l'abri de l'air et des poussières et exercera en même temps son action antiphlogistique. Ce pouvoir décongestionnant des pâtes per-

met d'obtenir dans un temps très court, en quelques jours à peine, des résultats thérapeutiques remarquables. Darier a déjà attiré l'attention en France sur cette action antiphogistique, dont il a observé les plus heureux effets. Pour notre compte, nous avons pu la constater presque tous les jours à la clinique du Dr Leredde depuis que nous y employons systématiquement les pâtes, et nous l'avons observé dans des cas absolument frappants. En quelques jours on transforme une lésion irritée, congestionnée, œdématiée, suintante, en une lésion d'où tout processus de congestion aiguë a disparu, et qui peut alors supporter un traitement énergique, un traitement réducteur actif; c'est ainsi que dans des eczémas aigus, dans des lésions impetiginisées, une fois que l'on aura fait tomber les croûtes par des pulvérisations, dans les lésions eczématisées, dans les dermites avec œdème, congestion, suintement, l'emploi des pâtes assèche rapidement ces lésions et permet alors de les attaquer énergiquement. Au contraire sur des lésions semblables, l'application d'une pommade, par l'obstruction absolue de la peau, par la rétention des sécrétions cutanées, par l'obstacle apporté à la perspiration de la peau, aurait augmenté les phénomènes inflammatoires aigus: congestion, œdème, suintement. Cette différence d'action entre les pâtes et les pommades est capitale, et nous voudrions attirer sur ce point toute l'attention des médecins praticiens.

Mais du mode d'action des pâtes il est une deuxième conséquence importante que l'on doit dégager : c'est que si l'on y incorpore un médicament actif, il n'agira qu'en surface. L'imbibition de la couche cornée par la graisse mélangée à la matière pulvérulente de la pâte, se faisant d'une façon beaucoup moins complète que par la graisse pure d'une pommade, les phénomènes d'osmose seront beaucoup moins actifs, et l'agent thérapeutique agira superficiellement. Au contraire, dans une pommade, la graisse de la couche cornée et la graisse de la pommade se mêlent beaucoup plus intimement et par conséquent, le médicament actif incorporé à la pommade pénètrera et agira beaucoup plus profondément. Par conséquent chaque fois que l'on se trouvera en face de lésions chroniques non irritables, que l'on veut modifier profondément, sur lesquelles on veut agir avec énergie, on s'adressera à une pommade. Au contraire, en face de lésions aiguës, congestives, irritables, on s'adressera à une pâte. Celle-ci agit dans ce cas par ses propriétés plastiques et non pas comme agent chimique. Si l'on se trouve en face de lésions excoriées, très irritables, on commencera par appliquer une pâte molle, telle que celles dont nous avons donné la formule plus haut, et l'on appliquera une pâte ordinaire quelques jours plus tard.

Mode d'application.

L'application d'une pâte se fait d'une façon très simple : on enduit la surface à recouvrir en frottant avec un doigt ou avec une pince garnie de coton, chargés de la pâte. On la recouvre soit de gaze aseptique, soit d'un tissu imperméable; on peut recouvrir de ouate si l'on veut. Pour notre compte, nous donnons la préférence à la gaze aseptique.

On peut augmenter le pouvoir dessiccateur d'une pâte en saupoudrant par dessus avec une poudre inerte telle que la poudre de talc; on obtient dans ce cas une action décongestionnante plus marquée.

Tout pansement fait avec une pâte doit être renouvelé une ou deux fois par jour. Pour détacher la pâte, on frotte avec un tampon de coton enduit de vaseline pure ou d'huile; la pâte ramollie se détache alors et on peut l'essuyer aisément. L'avantage des pâtes à base de glycérolé d'amidon est de permettre leur nettoyage à l'eau chaude, avantage qui peut être appréciable lorsqu'il s'agit de lésions excoriées, très sensibles, au niveau desquelles le fait de frotter avec de la vaseline pour détacher la pâte pourrait être douloureux.

L. Pautrier.

Le Directeur Gérant

LEREDDE

Imprimerie de l'Institut international de Bibliographie scientifique. — III-1902, n° 936.

REVUE PRATIQUE
DES MALADIES CUTANÉES, SYPHILITIQUES ET VÉNÉRIENNES

COURS DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE DES MALADIES DE LA PEAU

2e ARTICLE.

LA MÉTHODE ASEPTIQUE (*Suite et fin*).

ASEPSIE SUPERFICIELLE ; SES RÈGLES, SES PROCÉDÉS. — En dehors des utricules pilo-sébacés, l'infection superficielle de la peau a pour siège de prédilection la surface du corps muqueux ; lorsque cette infection n'a pas d'effets kératolytiques, ce qui est de règle, la couche cornée recouvre les produits d'origine microbienne, qui la décollent peu à peu excentriquement. Dans les utricules pilo-sébacés, l'infection a des conséquences plus graves ; recouverte par des couches cornées épaisses, elle tend à pénétrer en profondeur, dans l'axe du follicule, près du poil et autour de lui.

D'autre part, les produits de l'infection qui se forment en quelque abondance à la surface de la peau tendent à se désécher à l'air et à former des croûtes, constituées par des produits organiques imperméables. Sous ces croûtes, les cocci de tout genre trouvent les conditions d'humidité, de température, de milieu les plus favorables à une germination rapide. Les microbes sont-ils tant soit peu virulents ? L'infection devient profonde ; les couches du corps muqueux seront successivement attaquées et, dans quelques cas, les couches superficielles du derme. Ajoutons que l'infection se propage alors à distance, et amène des adénopathies dont la guérison, par les moyens thérapeutiques actuels, est beaucoup moins en notre pouvoir que celle de l'infection initiale. On comprend ainsi aisément les inconvénients de celle-ci. Un autre pour finir : les lésions profondes amènent des cicatrices qu'on ne peut prévenir lorsqu'on a laissé l'infection atteindre le derme et l'altérer profondément : l'ecthyma offre un exemple de cette complication.

De là résultent les deux règles essentielles de l'asepsie cutanée : *a*) **toute formation cavitaire infectée ou susceptible de s'infecter doit être largement ouverte** ; *b*) **toutes croûtes, tous produits de sécrétion coagulables doivent être enlevés au fur et à mesure de leur formation qu'il faut même chercher à éviter toutes les fois que la chose est possible.**

Ouverture des vésicules, des bulles et des pustules. — Les vésicules et les bulles doivent être ouvertes, de préférence, avec des ciseaux ayant bouilli au préalable : l'ouverture avec une aiguille, un scarificateur laisse à la surface une cavité virtuelle, s'infectant facilement ; avec des ciseaux on peut enlever largement le surface des vési- Les pustules, les phlyctènes purulentes doivent être ouvertes de la même façon. Par malheur, les pustules sont très souvent beaucoup trop petites et trop nombreuses pour qu'on puisse les ouvrir toutes une à une. Si on peut voir le poil autour duquel elles se développent fréquemment, ce poil doit être enlevé à la pince à épiler, sauf dans quelques cas ou l'irritation provoquée par l'épilation peut être dangereuse ; à la période aiguë du sycosis de la moustache et de la barbe, cette épilation ne doit pas en général être faite.

Enlèvement des croûtes. — Parfois les croûtes sont molles et il suffit de les nettoyer avec du coton trempé eans de l'eau bouillie ou bicarbonatée sodique à 2 p. 100 pour les faire tomber; parfois on peut, si elles n'adhèrent que faiblement au corps muqueux, les enlever avec une curette qui doit toujours être maniée avec la plus grande douceur; en général elles résistent, et il convient de les ramollir avant ne les enlever. L'application de corps gras, de vaseline, d'huile à laquelle on peut ajouter 1 p. 100 de résorcine suffit, lorsque les croûtes sont extrêmement riches en débris épithéliaux, et lorsque le processus inflammatoire n'est pas irritable. Mais, dans la plupart des cas, les croûtes contiennent une grande quantité de sérum coagulé, de globules blancs, peu d'épithélium, l'affection est franchement inflammatoire ; les corps gras ont des inconvénients dont le moindre est de ne pas imprégner suffisamment les croûtes ; ils sont souveut dangereux et peuvent augmenter l'inflammation, si le contact est trop longtemps prolongé (1).

Le ramollissement des croûtes doit de préférence être obtenu par des *pulvérisations*, qui constituent la méthode la plus rapide, soit par des pansements humides ou émollients (cataplasmes).

Les pulvérisations constituent le procédé de choix ; par malheur elles exigent l'emploi d'appareils coûteux, les petits pulvérisateurs ne donnant qu'une quantité de vapeur insuffisante et sans la pression qui favorise la pénétration des croûtes et leur ramollissement par l'eau. Je ne décrirai pas les modèles de pulvérisateurs que tout le monde connaît. Il importe seulement de toujours employer un pulvérisateur de moyen ou de grand modèle. D'une manière générale on se servira pour charger le pulvérisateur d'eau bouillie ou d'une eau légèrement alcalinisée avec du borate ou du bicarbonate de soude.

(1) C'est là une question fondamentale en dermothérapie et sur laquelle nous aurons constamment à revenir.

L'acide borique, qui est employé d'une manière banale, n'a pas d'avantages ; parfois, très rarement, je veux bien, il a une action irritante sur la peau. Du reste, le but de la pulvérisation, dans les conditions où nous sommes placés, étant d'agir mécaniquement en ramollissant les croûtes, il n'y a pas lieu de projeter sur celles-ci de l'eau chargée de principes réellement actifs. La pulvérisation est le seul procédé à employer dans tous les cas où l'infection présente des foyers très multipliés et surtout si ces foyers paraissent déjà attaquer le derme. Elle sera faite assez longtemps pour que les croûtes n'adhèrent plus profondément à la peau; elles sont alors détachées avec une pince armée de coton et, de suite, on doit procéder au pansement. Lorsque, pour une raison ou pour une autre, on ne peut employer les pulvérisations, les croûtes doivent être ramollies par des pansements humides ou émollients.

Le pansement humide destiné à ramollir les croûtes doit être fait simplement avec de l'eau bouillie, de l'eau boratée sodique, bicarbonatée sodique ou boriquée et être humide ; le pansement qui agira sur les surfaces privées de croûtes pourra être chargé de substances actives, et sera toujours peu humide.

J'indique de suite qu'un pansement humide doit rester humide pendant toute la durée de son application sous peine d'être absolument inutile ; il est nécessaire que l'imperméable, taffetas chiffon, taffetas gommé etc., déborde légèrement les compresses de gaze mouillées qui sont appliquées directement sur la peau. Il est nécessaire également que la bande de gaze ou de toile soit appliquée de manière que le pansement ne se déplace pas; il peut être utile à cet effet de placer entre elle et le taffetas imperméable une très légère couche de ouate. Un point sur lequel nous aurons à revenir est l'inconvénient que présentent les pansements humides pour les régions cutanées qui entourent les lésions que l'on veut modifier par leur application (1). J'ai l'habitude pour remédier à la macération dangereuse qui en est la suite de couvrir toujours d'une pâte (2) les

(1) L'humidité, quel que soit son degré, a les plus grands inconvénients pour la peau au voisinage des régions infectées ou enflammées. Elle amène la macération de la couche cornée, élève la température de la peau dont elle gêne les excrétions et les sécrétions, favorise les inoculations de germes venus de l'extérieur et la prolifération des cocci présents dans l'épaisseur de la couche cornée elle-même.

Et comme souvent, dans les infections cutanées, la peau se trouve déjà dans des conditions favorables à la germination microbienne, il faut éviter de faciliter celle-ci par des applications nuisibles.

(2) Pâte de Unna :

Axonge benzoïnée..................................	28 gr.
Oxyde de zinc..	10 gr.
Ceyssatite..	2 gr.

Pâte de Lassar :

Amidon..	
Oxyde de zinc..	àà
Vaseline...	
Lanoline...	

régions sur lesquelles le pansement peut porter autour des points malades : de cette manière, la protection est complète.

Les pansements émollients ne sont plus guère pratiqués qu'au moyen de cataplasmes de fécule. Ils ne sont pas irritants par les substances chimiques qu'ils contiennent comme l'étaient les anciens cataplasmes. Ils amènent l'imbibition humide des croûtes d'une manière rapide et totale

Les cataplasmes de fécule sont fréquemment appliqués en France sur des lésions inflammatoires telles que celles de l'eczéma aigu (1). Je dois dire que pour ma part je ne m'en sers que d'une manière exceptionnelle. *A priori,* les cataplasmes de fécule peuvent avoir les inconvénients que nous venons d'indiquer pour le pansements humides ; en tout cas, lorsqu'il s'agit de lésions infectieuses, d'impétigo, de folliculites, lorsque les lésions sont en extension et en multiplication rapide, l'emploi de cataplasmes, même de fécule me paraît être nuisible ; si je les emploie dans des infections superficielles, je ne les laisse de toute façon en place que pendant un temps restreint, et je les fais enlever dès que les croûtes sont ramollies.

Sous le nom de ouataplasme, on recommande depuis quelque temps une préparation faite avec du coton hydrophile aseptique imprégné de substances émollientes, qui se recommande par sa propreté et la simplicité de son emploi. Ce sont de réels avantages et pour ma part je m'en sers d'une manière courante.

Il faut noter que les applications émollientes sont certainement moins nuisibles pour la peau que les applications humides. De même nous allons voir que les bains émollients sont moins irritants que des bains simples.

Les bains. — Les procédés que nous avons indiqués jusqu'ici s'appliquent surtout aux lésions de la face, ou aux lésions du corps lorsqu'elles occupent une surface peu étendue, mais leur emploi devient singulièrement plus difficile lorsqu'une grande étendue de la surface cutanée est envahie. Dans ces cas, la première inspiration des médecins est de prescrire des bains généraux, rien n'est plus simple, plus à la portée du malade ; un bain simple, un bain d'amidon, sont faciles à donner, le malade sera même étonné si on n'en prescrit pas.

Aucun moyen n'est plus dangereux, et aucun exemple ne permet de mettre mieux en relief les inconvénients des applications humides sur la peau. Tous les médecins auront l'occasion de voir des enfants chez

Pâte de Besnier :

Oxyde de zinc	20 gr.
Huile d'amandes douces stérilisée	10 gr.

V. *Revue pratique des Maladies cutanées*, n° 1, p. 22, L. Pautrier, Les pâtes.

(1) *Préparation du cataplasme de fécule.* — Le cataplasme de fécule des pommes de terre se fait en délayant à froid de la fécule dans une quantité égale d'eau froide, puis on chauffe doucement jusqu'à production de vapeurs. A ce moment, la consistance est épaisse ; on coule le mélange dans un peu de gaze. — Le cataplasme doit être appliquée tiède ou froid.

lesquels des lésions impétigineuses se sont étendues à la suite des bains, et qui guérissent avec rapidité après leur suppression. Il est des cas où nous n'avons aucun autre moyen pratique à notre disposition pour faire tomber facilement les croûtes infectées ; les pulvérisations ne peuvent être faites sur le corps entier, les pansements humides et les cataplasmes ont le même inconvénient que les bains. Comment peut-on se servir de ceux-ci ?

On peut formuler les règles suivantes applicables du reste aux bains *dans toutes les lésions inflammatoires aiguës de la peau.*

1° Le bain doit être court. Dix minutes, un quart d'heure suffisent pour imbiber les croûtes et les ramollir. Au besoin, si on ne peut les enlever qu'incomplètement, mieux vaut attendre 12 ou 24 heures pour donner un deuxième bain.

2° Le bain doit être peu chaud : 34° en général.

3° Sur toutes les régions non infectées, dans les cas où les lésions sont en voie de multiplication, on appliquera une pâte de zinc.

4° En tous cas, la peau sera essuyée avec une toile fine sans être frottée, puis on prendra avec une poudre inerte toutes les régions non malades. Les croûtes ramollies sont enlevées comme nous l'avons indiqué plus haut et enlevées avant qu'elles aient eu le temps de se dessécher de nouveau.

Pansements. — Nous arrivons maintenant à la question du pansement. Celui-ci peut être sec ou humide.

Le *pansement sec* peut se faire au moyen de gaze aseptique appliquée directement sur la peau, ou d'une poudre aseptisée sur laquelle on dispose la gaze, maintenue par une bande, ou d'une pâte. L'inconvénient de la gaze, appliquée sans intermédiaire, est le suivant : les sécrétions superficielles se dessèchent avec rapidité et adhèrent à la gaze. Sans doute, on pourra mouiller celle-ci longuement lorsqu'on changera le pansement, et l'enlever sans entraîner d'éléments épidermiques en régénération, mais cette manœuvre est longue, puis la coagulation du sérum crée une sorte de vernis imperméable et met par suite les régions dans des conditions moins favorables à la liberté d'excrétion des divers produits cutanés.

Au contraire, en projetant sur la région malade une poudre, du talc stérilisé par exemple, la coagulation du sérum peut se faire autour des grains irréguliers sans occlusion complète de la surface malade : j'ai cru remarquer que dans ses conditione la réparation épidermique se fait aisément ; ces pansements avec une poudre indifférente constituent un des moyens nécessaires de la méthode aseptique. Ils ne sont cependant indiqués que dans les cas où les sécrétions sont peu abondantes ; on ne les emploiera ni dans les poussées aiguës d'impétigo, ni dans le sycosis à forme aiguë, ni dans les folliculites superficielles ; les poudres aseptiques conviennent plutôt au pansement d'érosions un peu

étendues et d'ulcèrations, où les sécrétions pathologiques sont modérées.

Nous pourrions citer ici, à côté des poudres inertes dont le talc représente le type, une série de poudres qui ont une action légèrement modificatrice des tissus sur lesquels on les applique, telles que certains sels de bismuth, sans être réductrices, ni caustiques. Il suffit d'en mentionner l'exitence, elles seront signalées à propos des affections où on les emploie.

Enfin, dans certains cas, le pansement permanent peut être fait directement avec une pâte.

L'inconvénient des pâtes est qu'elles sont difficiles à enlever, il faut pour cela se servir de vaseline ou mieux d'une huile tiède, le nettoyage des croûtes devient pénible ; bref elles sont surtout indiquées lorsqu'il n'y a pas tendance à formation rapide de croûtes épaisses et lorsque l'infection de la peau a une tendance extensive modérée.

Quant aux *pansements humides*, leurs règles sont les suivantes. Il seront faits au moyen de gaze pliée en six ou huit doubles et trempée dans de l'eau bouillie ou du sérum physiologique, puis exprimée. Il est très important que le pansement soit aussi peu humide que possible, il est d'important d'autre part qu'il restent également humide pendant tout le temps de l'application. On ne saurait trop minutieusement disposer l'imperméable de façon à déborder un peu la gaze humide et la bande qui maintient le pansement afin qu'il ne se déplace pas et il est souvent utile de protéger les régions non malades contre le pansement humide par une application de pâte. On le renouvellera en moyenue toutes les douze heures.

Les détails concernant la manière dont on arrive à ce résultat rappellent ceux que nous avons indiqués lorsque nous avons parlé des règles des pansements humides destinés à ramollir les croûtes (*ut supra*).

Lotions. — Lorsqu'on renouvelle le pansement humide, il est souvent nécessaire de débarrasser les surfaces malades des produits qui s'y sont formés.

L'eau employée pour les lotions doit être tiède, elle peut être chargée d'un certains nombre de substances. Parmi celles-ci, quelques-unes sont antiseptiques, au moins sont-elles classées comme telles d'un commun accord. Nous les étudierons au chapitre antisepsie. Quelques autres, *émollientes* ou *astringentes*, ont une action modificatrice sur les tissus, sans du reste qu'on puisse préciser, ni la nature exacte de leur action, ni les indications exactes de chacune d'elles.

Parmi les *lotions émollientes* citons l'eau de son et d'amidon (eau 100, son ou amidon 10), la décoction de fleurs de sureau (5 p. 1000), de racines d'aunée (20 p. 1000) de racines de guimauve (5 p. 1000).

Parmi les *lotions astringentes* : les solutions d'alun (1 p. 100), de

tannin (5 p. 1000), la décoction de fleurs de camomille (5 p. 1000), de feuilles de noyer (10 p. 1000) et de feuilles de saponnaire (10 p. 1000).

On n'emploiera *jamais* de pommades dans le traitement des infections aiguës. Sans doute celles-ci sont souvent assez bénignes pour que l'emploi d'une pommade n'ait pas d'inconvénient, mais le médecin même dermatologiste, ne peut en juger toujours à priori et le mieux est de s'abstenir systématiquement ; nous avons dit que les pommades gênent l'évaporation et les excrétions de la peau ; leur emploi est donc théoriquement contraire à toutes les règles de l'asepsie et la pratique justifie entièrement la théorie. Les pommades ne devront être employées dans les infections aiguës que comme excipients d'agents actifs antiseptiques ou réducteurs, seulement lorsque l'indication sera bien déterminée, comme nous aurons l'occasion d'en citer quelques exemples à propos du traitement des infections en particulier, à la période décroissante de ces infections.

Les règles de l'asepsie superficielle une fois connue, celles de l'asepsie des régions profondes, des régions pilaires, des ulcérations et des érosions sont faciles à comprendre.

Asepsie des régions profondes et des ulcerations. — Les règles fondamentales de l'asepsie dans les infections profondes de la peau sont les mêmes que dans les infections superficielles, ainsi que ses procédés. Du reste, l'infection atteint souvent à la fois l'épiderme et le derme dans une plus ou moins grande profondeur. Une indication fondamentale est fournie par la présence d'abcès ; de quelque volume qu'ils soient, gros comme une tête d'épingle anglaise ou comme une bille, ils doivent être ouverts dès qu'ils sont perceptibles. En outre on les empêchera de se refermer, la réparation devant se faire de la profondeur vers la surface : les pansements humides trouvent alors une indication absolue. L'ouverture se fera, suivant les cas au galvano-cautère ou avec un très petit bistouri ; le couteau de Grœfe remplit parfaitement ce but.

Les régions pilaires sont fréquemment le siège d'infections profondes ; le type en est fourni par le sycosis. *L'indication théorique est d'enlever les poils à la pince, d'épiler.* Et, dans tous les cas cette épilation comprendra : 1° les poils de la région infectée, 2° les poils de la zone ambiante. On réussit souvent ainsi à faire une bordure de protection que l'infection ne dépasse pas.

Par malheur, l'épilation ne suffit souvent pas à empêcher la formation de pustules profondes, celles-ci se développant autour des follicules pileux, dans le sycosis comme dans le furoncle. D'autre part, elle provoque parfois une irritation dangereuse au moment des poussées aiguës. Il faut alors appliquer surtout des pâtes qui ont une action décongestionnante, d'une efficacité parfois surprenante. Pour ma

part, je repousse l'emploi de l'épilation lorsque l'état inflamatoire est très remarqué, et j'attends qu'il soit calmé pour la pratiquer, et que l'infection tende à persister à l'état subaigu.

Du traitement aseptique des érosions cutanées, des ulcérations, nous n'aurons que peu de chose à dire. Toutes les règles du pansement moderne des plaies chirurgicales et celles des infections superficielles sont applicables ici.

Le pus, les sécrétions séreuses qui se coagulent tendent incessamment à transformer une plaie ouverte en plaie fermée où la formation des germes s'exagère et où ils se trouvent dans des conditions favorables à leur pénétration plus profonde. Les pansements humides, s'il existe des croûtes épaisses, les pulvérisations préviendront l'occlusion des érosions et des ulcérations de la peau ; lorsque les croûtes ne se forment plus, un pansement sec peut être appliqué. Maintenant, il est bien certain que dans un grand nombre d'ulcérations, de plaies infectées du tégument, ecthyma, chancre mou, l'asepsie cutanée ne suffit pas et qu'une désinfection préalable est nécessaire. Ici les antiseptiques, ou les substances qui modifient la vitalité des tissus s'imposent fréquemment ; ils permettent d'arrêter la végétation microbienne exubérante et nous allons voir quelles sont les règles de leur emploi. Une fois la désinfection produite, l'asepsie reprend tous ses droits, *la continuation des antiseptiques devient nuisible*, la cicatrisation d'une plaie se faisant d'autant mieux que les produits déposés à sa surface se rapprochent davantage de la composition du sérum sauguin.

Ainsi, dans les cas même où on devra employer des antiseptiques, leur emploi sera passager ; le traitement des lésions aiguës sera toujours un traitement aseptique à partir du moment où elles seront franchement modifiées et où elles tendront naturellement à la guérison.

Par contre, dans les cas où l'infection tend à devenir chronique, le traitement sera dans la règle un traitement *réducteur*. Il y a dans le moment où on doit le pratiquer une question d'appréciation souvent délicate ; d'autre part, les règles ne peuvent être indiquées ici d'une manière générale ; nous verrons quelles elles sont pour chaque infection en particulier ; la méthode réductrice doit du reste être plus tard étudiée dans son ensemble.

METHODE ANTISEPTIQUE

Nous avons établi, dans le chapitre précédent, que la méthode antiseptique n'est, dans le traitement des infections de la peau, primitives ou associées, qu'une méthode accessoire, qui a uniquement des indications particulières — qu'elle doit même être en général combinée à la méthode aseptique — d'autre part qu'elle est utilisable seulement dans les affections de la couche cornée et à la surface des

érosions et des ulcérations. Il est vrai que nous avons indiqué la nécessité d'ouvrir toutes les formations cavitaires de la peau et par suite de créer artificiellement des érosions; ceci étend les applications possibles de la méthode, et, fréquemment, elle peut être employée pour modifier la surface des érosions artificielles ainsi produites.

La question de l'antisepsie de la couche cornée devrait être traitée en première ligne, mais elle soulève une grave difficulté. Parmi les agents qui sont employés dans les infections de cette couche, un grand nombre font partie de ceux que nous étudierons sous le nom d'agents réducteurs ; il est impossible pour la plupart d'entre eux de déterminer leur mode d'action précis dans la plupart des affections où on les emploie. Laissant de côté pour le moment l'antisepsie de la couche cornée, nous n'étudierons que celle des érosions, des ulcérations, des plaies superficielles.

L'emploi des antiseptiques peut être fait de deux manières. On peut appliquer à la surface des lésions une fois, deux fois par jour, parfois plus, des agents antiseptiques ; on peut les appliquer en permanence. Tout de suite, je dois dire que si l'antisepsie passagère peut être employée assez souvent, par contre l'antisepsie permanente doit l'être beaucoup moins et qu'on en abuse à tort tous les jours dans le traitement des lésions de la peau.

Le nettoyage des régions malades, qui constitue la première opération du traitement dans les infections de la peau, doit toujours être fait *d'une manière complète,* suivant les règles que nous avons indiquées au sujet de la méthode aseptique, *sans faire intervenir aucune substance irritante* au début du traitement de toute infection; il a surtout pour but d'agir mécaniquement et de déterger les plaies. Le pansement consécutif sera fait aseptiquement, sauf indication spéciale. Mais ce pansement une fois fait, l'antisepsie passagère pourra être pratiquée aux moments où on change le pansement ; on remplace alors les lotions aseptiques, émollientes, astringentes par des lotions ou des badigeonnages antiseptiques. A la suite, on applique de nouveau un pansement aseptique. Chaque fois, on nettoie les surfaces aseptiquement, avant de faire l'antisepsie à la surface, de manière à faire porter celle-ci sur des lésions débarrassées de toutes sécrétions ou produits de sécrétion, croûtes, etc. (v. par exemple le traitement des balanites).

ANTISEPSIE PASSAGÈRE. — Les *lotions antiseptiques* se font au moyen de solutions aqueuses ou alcooliques.

Parmi les solutions aqueuses, je mentionnerai d'abord l'*eau d'Alibour* qui a été mise en honneur par Sabouraud dans le traitement de l'impétigo vulgaire (impétigo séreux à streptocoques) et est très employée maintenant. Elle a pour formule :

Eau................................	200 gr.
Camphre............................	*à saturation.*
Sulfate de zinc....................	7 gr.
Sulfate de cuivre..................	2 gr.
Safran.............................	0 gr. 40.

Cette solution doit toujours être filtrée pour éviter la présence de paillettes de camphre.

L'eau d'Alibour ne s'emploie guère pure, mais, sauf indications formelles, étendue de 2/3 d'eau ou plus.

Dans l'impétigo, on fait trois fois, quatre fois, cinq fois par jour des lotions prolongées avec la lotion d'Alibour étendue de 2/3. d'eau Le pansement permanent convient beaucoup moins que ces lotions dans le traitement des infections cutanées.

Les lotions à *l'eau phéniquée* (1 p. 100, 2 p. 100) au *sublimé* (1 p. 2000, 1 p. 50000, 1 p. 10.000) (1) ne conviennent que dans des ulcérations assez profondes et rebelles et n'ont pas d'indications dans la pratique dermatologique courante.

L'*eau oxygénée* peut s'employer étendue de 5 à 10 fois son volume d'eau bouillie. On la formulera sous forme d'eau oxygénée à 12 volumes, NEUTRE.

Excellent antiseptique, l'eau oxygénée ne peut qu'entrer de plus en plus souvent dans la pratique.

Le *permanganate de potasse* en solution aqueuse à 1 p. 500, 1 p. 1000, convient à des lésions profondément infectées. A doses fortes, il a des propriétés caustiques.

Parmi les solutions alcooliques, je mentionnerai l'*alcool phéniqué*.

Acide phénique......................	10 gr.
Alcool..............................	90 cm³.

que Du Castel recommande dans les balanites vulgaires, très enflammées, et les balanites pustulo-ulcéreuses.

L'*alcool boriqué* à saturation contient 3 p. 100 d'acide borique environ.

Quand à l'*alcool salolé*, ce n'est pas un agent indispensable et telles sont les propriétés irritantes du salol qu'il vaut mieux, je pense, conseiller de s'abstenir systématiquement de cet agent, sous quelque forme qu'on le présente à la peau.

D'autres agents peuvent être employés en badigeonnages ; certains amènent, du reste, des coagulations superficielles, et il est inutile de prolonger leur contact avec la peau.

Le *nitrate d'argent* est extrêmement précieux dans un certain nombre de cas ; dans l'impétigo vulgaire, je m'en sers beaucoup plus que de l'eau d'Alibour ; on fait avorter les lésions à coup sûr, tant qu'elles sont uniquement séreuses et non encore séro-purulentes.

(1) Le sublimé sera toujours dissous avec de l'eau distillée contenant 7 p. 100 de sel marin ; les solutions sont ainsi moins douloureuses et moins irritantes.

Les badigeonnages se font au moyen de solutions à 1 p. 50, 1 p. 25, 1 p. 10, dans l'eau distillée. Il faudra avoir soin de les limiter, aussi exactement que possible, aux surfaces infectées. Il est inutile de répéter souvent les badigeonnages, sous peine de remplacer les érosions microbiennes par des érosions traumatiques. Je rappelle ici que le nitrate d'argent est d'un usage quotidien dans le traitement des plaques muqueuses de la bouche.

Le *camphre* peut s'employer en badigeonnages sous forme d'alcool camphré.

L'*acide picrique* aux doses de 1 p. 200, 1 p. 500 en solution aqueuse, pourra être appliqué en badigeonnages sur des érosions et des ulcérations. Je l'ai récemment utilisé dans des suppuration superficielles, pour badigeonner le fond des érosious détergées ; j'ai obtenu une guérison rapide.

Dans certaines conditions, on sera amené à employer des agents beaucoup plus énergiques et qui agissent sans doute à la fois comme antiseptiques et comme caustiques, par exemple la *teinture d'iode*, la *liqueur de Labarraque*. La *teinture d'iode* pure ou étendue d'alcool est utile dans les ulcérations de mauvaise nature, torpides, sanieuses, d'aspect peu franc.

La *liqueur de Labarraque* est une solution d'hypochlorite de soude, qui contient deux fois son volume de chlore. On l'emploie pure ou diluée de deux à dix fois son volume d'eau.

ANTISEPSIE PERMANENTE. — L'antisepsie permanente ne trouve, je le répète, que des indications exceptionnelles en dermothérapie. Appliquée hors de propos, ce qui est trop souvent le cas, elle peut augmenter les ulcérations; en tout cas, elle ne leur permet pas de se réparer aussi rapidement que font les procédés d'asepsie, elle gêne l'épidermisation des bords. Parfois, lorsque les antiseptiques employés sont irritants pour la peau sur laquelle on les applique, de nouvelles inoculations microbiennes se produisent et les tissus sains, irrités par l'antiseptique deviennent malades, fait paradoxal, s'il en est, mais que tout médecin attentif peut observer.

L'antisepsie permanente n'est guère indiquée que dans le traitement d'ulcérations profondes et surtout irrégulières, anfractueuses, où le pus et les sécrétions stagnent dans les replis des bourgeons dermiques, où ceux-ci sont bourrés de globules de pus, de leucocytes polynucléaires. Il n'est pas bien prouvé que dans ces lésions les antiseptiques agissent réellement sur les microbes qui s'y trouvent ; peut-être agissent-ils comme caustiques superficiels, comme réducteurs pour modifier les conditions de défense. Cependant des agents tels que l'iodoforme, qui émettent des vapeurs et par conséquent sont absorbés facilement, par la peau ont sans doute un réel pouvoir bactéricide.

Ces plaies irrégulières, anfractueuses, sont souvent couvertes de pus, mélangé à une quantité de fibrine plus ou moins grande; *il conviendra de les déterger toujours avant de faire les applications antiseptiques.* Celles-ci peuvent être humides. L'eau phéniquée à 1 ou 2 p. 100 (les solutions à titres plus forts ne doivent pas être employées d'une façon permanente vu leur pouvoir caustique), le sublimé, le cyanure de mercure en solution aqueuse à 1 p. 10.000 trouvent de temps en temps quelques indications. L'acide borique en solution aqueuse (2-3 p. 100) est employé d'une manière absolument abusive et banale, sans qu'on sache au juste pourquoi, peut-être parce qu'il semble produire une antisepsie sans inconvénients; or, il a quelquefois des inconvénients et n'a jamais d'action antiseptique nette.

Il sera toujours nécessaire, lorsqu'on appliquera sur la peau des pansements humides antiseptiques, de protéger la peau saine par une pâte pour éviter non seulement l'effet nuisible de l'humidité, mais également l'effet des antiseptiqnes, dangereux pour la peau normale.

L'application permanente d'antiseptiques en poudre est beaucoup plus souvent indiquée que celle des antiseptiques en solution. Il semble que les conditions physiques que nous avons étudiées au chapitre asepsie interviennent ici; si l'on applique une poudre sur une plaie, l'élimination se fait plus aisément que sous un pansement humide dont la température s'élève, et où l'évaporation cutanée est gênée.

L'iodoforme (CHI^3) est le topique utile par excellence dans les chancres simples, les ulcérations tuberculeuses aiguës; il peut être utilisé dans les plaies de mauvaise nature de tout ordre. On se rappellera que l'iodoforme est toxique et qu'on ne peut l'employer sans surveillance sur de très grandes surfaces. D'autre part il irrite souvent la peau saine; il est prudent de protéger celle-ci par une pâte autour de la plaie qu'on saupoudre d'iodoforme.

Ce corps est insoluble dans l'eau soluble dans 6 parties d'éther, 80 d'alcool à 90° à froid, le sulfure de carbone et la plupart des huiles.

Le diiodoforme $C^2 I^4$ est un corps cristallisé de couleur jaune, ne dégageant pas d'odeur, qu'on peut réduire en poudre impalpable, insoluble dans l'eau, à peine soluble dans l'alcool et l'éther. Il est bien supporté par les tissus et n'amène pas de douleur. Ce corps est encore peu employé.

L'iodol est une poudre brune sans odeur, soluble dans l'alcool et l'éther, assez irritante pour les tissus.

L'europhène $C^{44} H^{29} IO^4$ cst un iodure d'isobutylorthocrésylol. Il se présente sous forme d'une poudre jaune insoluble dans l'eau assez soluble dans l'alcool, très soluble dans l'éther, non toxique, non irritante pour les tissus. Son action desséchante est des plus nettes. C'est

un excellent succédané de l'iodoforme, moins actif, mais moins désagréable à manier et sans inconvénients pour la peau au voisinage des plaies sur lesquelles on l'applique.

L'aristol est un biiodure de dithymol ; il est insoluble dans l'eau, peu soluble dans l'alcool, très soluble dans l'éther. C'est également un agent précieux dans le traitement des plaies profondément infectées.

Le *salol* est un agent dangereux pour la peau, auquel j'ai complètement renoncé pour ma part.

Je rappelle, pour terminer cette étude de la méthode antiseptique que l'emploi des antiseptiques doit toujours être temporaire, et qu'une fois leur action produite, on doit revenir à la méthode aseptique (V. p. 32).

Dans le traitement des infections cutanées, les livres classiques recommandent l'emploi d'agents tels que l'oxyde jaune, le sulfure rouge de mercure, l'huile de cade et les considèrent comme ayant une action antiseptique. Ils sont par exemple employés dans l'impétigo commun (type streptogène). On peut les considérer également comme des réducteurs. Ils ne doivent pas être employés à l'aveugle : dans les infections très aiguës, virulentes, ils sont dangereux et amènent des réactions inflammatoires, plutôt l'aggravation des lésions que leur amélioration, Ils sont contrindiqués dans toutes les lésions en voie d'accroissement et d'autant plus que cet accroissement est plus rapide. Par contre, on peut les essayer *lorsque l'infection a dépassé sa période la plus intense* et chercher à accélérer grâce à eux la régression. En principe, toutes les fois que le médecin ne peut surveiller l'effet du traitement, mieux vaudra se contenter de faire de l'asepsie, avec application d'antiseptiques passagère au besoin. Assez souvent, l'application d'oxyde jaune et d'huile de cade est nuisible dans le traitement de l'impétigo, pour que le médecin ne les applique qu'en connaissance de cause, sachant les inconvénients et n'utilisant ces agents et ce mode de préparation que lorsque la nature des lésions lui permet de le faire, ce que nous indiquerons pour chaque maladie en particulier *et seulement après qu'elles ont résisté à un traitement plus simple, correctement fait.*

Il est, en effet, des cas nombreux où l'infection tend à devenir persistante, chronique ; dans ce cas. la médication réductrice devient nécessaire. Nous exposerons plus tard les règles qui doivent être suivies dans ses applications (1).

(*A suivre*).

(1) **Articles suivants** :
Traitement des impétigos primitifs, secondaires, de l'ecthyma, des folliculites, du furoncle, des sycosis, des balanites, des dermatoses bulleuses infectées.

LA QUESTION DES INJECTIONS MERCURIELLES DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

2e Article

Comparaison des formules d'injections.

Dans l'article précédent, nous avons montré l'utilité considérable que présentent les injections, toutes les fois que le médecin veut savoir quelle quantité de mercure est réellement absorbée par l'organisme : nous avons donné quelques formules les plus usuelles ; nous aurions pu les multiplier, mais sans réel avantage; èn fait le cyanure, le sublimé, le benzoate, le biiodure, d'une part (*sels solubles*), le calomel et l'huile grise (*préparations insolubles*) suffisent à la thérapeutique. Nous aurons cependant à parler du cacodylate iodohydrargyrique et de l'hermophényl, qui méritent une réelle attention ; nous les laisserons de côté pour le moment.

Les sels solubles que j'ai énumérés n'ont pas tous la même activité, si on juge celle-ci, ce qui est la seule manière logique de faire, par la quantité de mercure contenue dans l'unité de poids du sel (1). Le cyanure contient 79 p. 100 de Hg, le sublimé 73 p. 100, le benzoate seulement 45 p. 100 et le biiodure 44. On doit donc admettre que l'efficacité thérapeutique du sublimé et du cyanure est presque double de celle des autres sels et si, dans la pratique courante, on peut prescrire 0,01 de cyanure ou de sublimé chaque jour, il faudra prescrire pour obtenir le même effet 0.02 de benzoate ou de biiodure, dose double pour le benzoate de celle qu'emploient la plupart des syphiligraphes et *cinq fois plus élevée pour le biiodure que celle prescrite par Panas* (2).

On peut faire absorber deux centigrammes de benzoate chaque jour en injectant un centimètre cube de la solution suivante :

Benzoate de mercure.................	0 gr. 20
Chlorure de sodium...	0 gr. 075
Eau distillée........................	10 gr.

Pour le biiodure, il faudra injecter chaque jour deux centimètres cubes d'huile biiodurée à un centigramme par centimètre cube.

Je dois ajouter que, dans la plupart des accidents cutanés, il suffira d'injecter le benzoate et le biiodure aux doses qui sont le plus

(1) Leredde. Progrès à réaliser dans le traitement des accidents graves de la syphilis. *Semaine médicale*, 23 avril 1902.

(2) Dans tout ce qui suit, les doses sont établies pour l'homme adulte : pour la femme et pour le vieillard il faut les diminuer d'un quart environ. Nous aurons à parler plus tard des injections chez l'enfant.

souvent employées et que nous avons indiquées dans notre premier article.

L'activité du calomel, à la dose de 0 gr. 10 par semaine, paraît bien supérieure à celle des sels solubles, *aux doses que je viens d'indiquer* ; elle est également supérieure à celle de l'huile grise, aux doses habituelles, quoique 0 gr. 10 de calomel ne contiennent que 0 gr. 085 de mercure métallique, alors qu'on injecte parfois, sous forme d'huile grise, douze centigrammes de mercure. Cette différence d'action peut s'expliquer ainsi :

La piqûre de calomel à la dose de 0 gr. 10 et même de 0 gr. 05 est parfois très douloureuse. Cette douleur atteint son maximum le troisième jour après l'injection ; le médecin doit en être prévenu et en prévenir le malade. Le traitement des accidents syphilitiques par le calomel ne peut donc être employé que sur indication spéciale, *néanmoins il y a des cas où il faut l'employer sans hésitation.* Les piqûres d'huile grise sont au contraire très bien tolérées par les tissus : je les emploie très fréquemment, pour ma part, Jamais je n'ai vu de malade forcé d'arrêter ses occupations par suite de la douleur, alors que, plusieurs fois, j'ai vu un malade obligé de se reposer à la suite d'une piqûre de calomel.

D'autre part, après une piqûre de calomel de 0 gr. 10, il est de règle que le malade soit fatigué, déprimé, ait un peu de fièvre, ce sont là des signes d'intoxication légère. La réaction locale et la réaction générale sont certainement dues à une résorption intense du calomel qui se fait pendant les trois premiers jours ; je crois que dans ce laps de temps le malade absorbe les trois quarts du calomel injecté, soit peut être 0 gr. 06 de mercure. C'est ainsi qu'on peut comprendre l'action parfois héroïque du calomel : la quantité de mercure absorbée est bien supérieure à celle qu'on fait pénétrer par les injections solubles (en prenant pour base de comparaison les doses *actuelles*).

Par contre, l'huile grise se résorbe très lentement, et l'absorption se prolonge assez longtemps après qu'on a cessé les injections. C'est pour cela qu'elle est moins active que le calomel, tout en constituant une méthode thérapeutique réellement énergique.

Pour achever cette comparaison des diverses injections mercurielles j'ai à dire quelques mots sur deux points. Il y a une vingtaine d'années, on reprochait aux injections solubles et surtout aux injections insolubles les abcès qu'elles peuvent provoquer. *Cette objection n'a plus aucune valeur.* J'ai indiqué dans le premier article les précautions que je suis pour assurer l'asepsie de la peau ; j'ai fait ainsi un grand nombre de piqûres de calomel et d'huile grise ; *jamais je n'ai eu d'abcès.*

J'ai *une fois* observé des abcès à la suite de piqûres de cyanure de mercure : il s'agissait d'une vieille femme chez qui je fis une douzaine

d'injections sous-cutanées ; presque toutes furent suivies d'abcès quoique j'eusse pris les précautions que je prends d'habitude dans ma maison de santé, et après les premiers accidents, des précautions plus grandes encore ; je ne puis expliquer ces abcès par une faute de technique, et je suis obligé d'admettre que la malade présentait une sensibilité anormale de la peau. Mais peu importe et si, une fois sur cinq cents ou sur mille une piqûre mercurielle provoque un abcès, toujours bénin du reste, ce n'est pas une raison pour renoncer à un procédé thérapeutique qu'il est souvent *nécessaire* d'utiliser. Le médecin, qui fait de la thérapeutique réelle, doit avoir le courage d'assumer quelques risques, lorsqu'il est nécessaire de les encourir pour être utile au malade. La chirurgie moderne n'existerait pas, si les chirurgiens n'avaient un esprit de décision qui leur permette, dans chaque cas, de peser le pour ou le contre du parti qu'ils adoptent.

Reste la question de la stomatite. Les piqûres déterminent-elles plus souvent de la stomatite que les autres procédés? En aucune façon ; nous savons aujourd'hui que lorsqu'un malade a la bouche en bon état, lorsqu'on la fait inspecter et nettoyer par un dentiste, avant le traitement, lorsque les précautions d'hygiène buccale sont prises pendant ce traitement, la stomatite ne doit pas se développer : elle dépend directement de l'état des gencives. Sans doute, plus on fera absorber de mercure au malade, plus la stomatite aura de chances de se produire : cela veut dire seulement que plus on fera absorber de mercure et plus on devra prendre des soins rigoureux. *Presque toujours la stomatite est due au médecin* : elle est due au malade lorsque celui-ci n'a pas suivi les instructions données.

Je fais très souvent le traitement mercuriel par injections, je le fais à doses fortes et je le fais à doses beaucoup plus fortes que celles employées par presque tous les syphiligraphes. Je n'ai observé qu'une fois une stomatite : il s'agissait d'un malade dont l'état dentaire était *des plus défectueux*. La bouche fut nettoyée par un dentiste à chaque période du traitement par l'huile grise ; dans une dernière période je commis la faute de négliger d'avertir le malade de retourner chez le dentiste : quinze jours après la dernière piqûre, il revint me voir atteint de stomatite ; la gravité de celle-ci était due, d'autre part, à ce qu'il avait négligé pendant plusieurs jours de la faire soigner.

Bref, on peut faire les injections mercurielles sans redouter la stomatite. En principe, elles me paraissent beaucoup moins dangereuses que les frictions, à ce point de vue, car, je le rappelle encore, on ne sait combien de mercure est introduit par ce dernier procédé dans l'organisme, presque toujours il n'y en a pas assez et quelquefois trop.

Indications des injections mercurielles.

Les indications des injections mercurielles sont nombreuses, mais je dois de suite distinguer deux groupes de faits, ceux ou elles sont facul-

tatives, où on peut employer d'autres modes de traitement, ceux où je les considère comme nécessaires. Je dois dire que je vais exposer sur ce sujet des opinions absolument personnelles, au moins en ce qui concerne la nécessité des injections dans certains cas ; elles découlent directement des prémisses que j'ai posées au début de mon premier article, lorsque j'ai déclaré qu'il existe (à l'heure actuelle) un seul procédé permettant d'introduire dans l'organisme une dose connue de mercure, c'est-à-dire les injections, et d'autre part que la dose de mercure introduite dans l'organisme est directement liée à l'effet thérapeutique.

Nous traitons le syphilitique dans deux conditions. Un malade vient consulter le médecin à la période du chancre ou de la roséole ; celui-ci prescrit un traitement, et, convaincu ou non de l'action préventive du mercure, mais dans le doute, *croyant qu'il vaut mieux agir comme si elle existe*, il lui conseille de faire les premières années plusieurs périodes de traitement d'un mois ou d'un mois et demi, quatre ou cinq la première année, trois la seconde, deux les autres, par exemple. Notre but est alors d'agir sur l'infection syphilitique. De même agirons-nous chez une femme enceinte qui a déjà fait plusieurs fausses couches.

D'autre part nous pouvons, et le cas est des plus fréquents, avoir à soigner un syphilitique atteint d'accidents secondaires ou tertiaires, cutanés ou viscéraux et chercher à guérir ces accidents.

TRAITEMENT DE L'INFECTION SYPHILITIQUE. L'infection syphilitique comprend deux périodes bien distinctes.

La première période est une période aiguë ; elle commence dès le chancre ; je rappelle qu'à cette époque l'infection est déjà générale (existence de lésions sanguines, de lésions ganglionnaires, impossibilité de guérir la syphilis par l'excision du chancre). Elle atteint son maximum au moment de la roséole. A ce moment, après l'apparition de cette éruption surtout, apparaissent, lorsque l'infection est intense, des accidents généraux semblables à ceux des grandes maladies infectieuses : la fièvre, les arthrites, l'albuminurie, l'ictère, un peu plus tard des accidents semblables à ceux de la convalescence des grandes infections : l'alopécie, les névralgies, etc.

Plus tard tout se calme, l'infection syphilitique existe sans doute, mais à l'état larvé.

Eh bien, dans la première période, dans la période aiguë, le traitement ne doit pas être fait de même que dans la seconde. — Dans la première l'effet thérapeutique du mercure doit être utilisé à son maximum ; pour ma part je fais toujours des injections à ce moment, sauf si le malade, auquel j'expose mes raisons d'agir de cette manière s'y refuse, ce qui est très rare, d'après mon

expérience, *quand on lui parle avec l'autorité et la conviction nécessaires*. En moyenne, je fais deux périodes de traitement par injections d'huile grise de six semaines chacune, avec six semaines de repos après chaque période J'ajoute que je traite le malade dès que le diagnostic est établi, puisqu'il s'agit de lutter contre l'infection syphilitique et à titre accessoire seulement de chercher à faire disparaître une roséole qui disparaîtra d'elle-même. *Dans les cas graves, l'emploi du calomel paraît s'imposer.*

Il importe d'insister sur les raisons qui doivent faire adopter cette thérapeutique énergique du début de la syphilis. Pour ma part, je crois à l'action préventive du mercure et je l'explique ainsi : il est établi que partout où un accident syphilitique s'est développé, un accident ultérieur a des chances de se reproduire. Au début de la période secondaire, l'infection syphilitique détermine des lésions des vaisseaux sanguins, insignifiantes dans la grande majorité des cas, mais qui peuvent être le point de départ des accidents futurs les plus graves. Nous devons empêcher ces lésions dans la mesure possible, et agir en médecins, non en dermatologistes préoccupés uniquement de ce qui se voit à la surface de la peau.

Au bout de six mois en moyenne, les choses changent de face. A partir du moment où l'organisme a assuré sa défense d'une manière presque définitive, où la syphilis n'est plus une maladie aussi diffuse qu'elle l'était dans ses phases initiales, il peut suffire de donner le mercure sous ses formes habituelles, les injections me paraissent facultatives.

On prescrira soit le traitement par voie gastrique, soit le traitement par frictions (1). Chez les malades d'hôpital ou de maison de santé,

(1) Ceci m'amène à donner quelques indications sur ces deux modes de traitement. La liqueur de Van Swieten est remplacée avec avantage par une solution de sublimé sans alcool, telle que :

Sublimé..	1 gr.
Chlorure de sodium..............................	7 gr. 50
Eau.........	1000 gr.

Une cuillerée à bouche ou une cuillerée et demie par jour, en trois fois, les doses fractionnées amenant moins de troubles gastriques. Le malade pourra prendre simultanément deux cuillerées à café d'élixir parégorique chaque jour.

Les pilules de sublimé ou de protoïodure doivent toujours être des pilules *molles*. On prescrira :

Sublimé 0 gr. 01.
Excipient et glycérine q. s. pour une pilule *molle*,
(deux ou trois par jour).
ou Protoïodure d'hydrargyre 0 gr. 05
Excipient et glycérine q. s. pour une pilule *molle*,
(une ou deux par jour).

On peut ajouter aux premières pilules 0 gr. 005 d'extrait thébaïque et aux pilules de protoïodure 0 gr. 01 par pilule.

Le sirop de Gibert est une mauvaise préparation qui ne continue à être employée que par tradition, c'est-à-dire sans raison valable.

Je ne veux pas m'étendre sur le traitement par les frictions, les doses, la manière de les faire. Le médecin indiquera toujours minutieusement au malade la technique à suivre. Trop souvent les frictions sont mal faites, et constituent par suite dans la pratique un mode de traitement encore plus mauvais qu'elles ne sont à priori.

on peut prescrire des injections solubles, par exemple les solutions de sublimé ou de cyanure à la dose quotidienne d'un centigramme. Mais chez les malades de la clientèle urbaine, le médecin ne peut employer un procédé qui les oblige à venir chaque jour, ou au moins tous les deux jours chez lui : il est en effet possible de ne faire les injections solubles que toutes les quarante-huit heures, en doublant les doses habituelles. L'huile grise rend encore dans ces cas de très grands services, et je l'emploie comme mode de traitement régulier chez les malades de ma pratique privée ou de ma policlinique. J'ai adopté ce mode de traitement, pour éviter les accidents gastriques produits par les solutions ou les pilules, troubles immédiats ou parfois dyspepsie persistante. Ces accidents paraissent empêchés par l'opium qu'on ajoute au traitement, mais je pense que l'opium masque les accidents sans rendre moins réelle l'action nocive du mercure pour les muqueuses.

J'arrive maintenant à la question du traitement des accidents cutanés et viscéraux de la syphillis. *(A suivre)*

E. L.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE & DE SYPHILIGRAPHIE

ANNÉE 1901

I. — **Tuberculose cutanée et Tuberculides** *(fin)*.

Sur un nouveau cas de toxi-tuberculides agminées, par MM. Hallopeau et Lemierre. Séance du 7 février.

Il s'agit d'un malade âgé de 35 ans, qui, après du prurit au scrotum, vit se développer une éruption à la face interne des cuisses, puis sur les membres inférieurs, à éléments presque confluents sur les cuisses et les fesses, disséminés au contraire sur les jambes. Ces éléments étaient représentés par des papules de couleur rouge violacé, livides, les unes nettement saillantes, les autres plates, semblables plutôt à des macules ; à leur niveau la peau était fortement infiltrée. Quelques unes avaient presque complètement disparu en laissant une pigmentation brunâtre. Au centre des éléments on trouvait souvent une pustulette. En de nombreux points, les lésions avaient une tendance à prendre une groupement circiné.

Des deux côtés des ganglions inguinaux et cruraux étaient engorgés.

Quelques mois auparavant le malade avait eu une pleurésie gauche ; depuis

il avait maigri, il toussait et l'on retrouvait quelques filets de sang dans ses crachats. A l'auscultation sommet gauche douteux. Pas d'antécédents tuberculeux héréditaires.

Les médecins font de cette affection une toxi-tuberculide en s'appuyant sur les faits suivants : l'éruption décrite ne rentre dans le cadre d'aucune dermatose connue ; le malade était tuberculeux ; enfin l'éruption se rapproche des cas de toxi-tuberculides papulo-nécrotiques déjà décrits.

Quand aux lésions pulmonaires elles étaient déjà peu avancées, comme dans la plupart des cas de toxi-tuberculides ; mais quelque atténuée que soit la tuberculose elle n'en existe pas moins, et l'on ne peut donc pas la révoquer en doute pour faire de ces lésions, comme on l'a proposé, de la paratuberculose, expression que les auteurs ne peuvent comprendre.

Un cas de lichen scrofulosorum, par MM. Hudelo et Herrenschmidt. Séance du 4 juillet.

L'observation porte sur un petit garçon de 12 ans et demi, dont les antécédents tuberculeux sont très chargés : le père est mort de tuberculose pulmonaire et le petit malade lui-même a eu une coxalgie gauche avec suppuration.

L'éruption occupe le tronc, les bras, jusqu'à l'avant-bras, et la partie supérieure des cuisses, elle est formée de placards circulaires de couleur brun-chamois, dus à l'agrégation de papules du volume d'une tête d'épingle, rouges, plates, parfois squameuses.

En même temps que cette poussée cutanée, apparaissaient des ganglions aux aines et au cou, dont quelques uns suppurés.

Il semble donc y avoir une véritable décharge de bacilles, à la peau et dans le système lymphatique.

Tuberculides des membres, par M. Du Castel. *Séance du 7 novembre.*

Le malade offrait depuis plusieurs années des éruptions récidivantes, qui avaient débuté 12 ans auparavant et qui à plusieurs reprises avaient été traitées comme étant des manifestations syphilitiques, sans succès aucun. L'éruption actuelle siégeait aux membres inférieurs, sur la face dorsale des pieds et la face antérieure des jambes, et aux membres supérieurs sur la face dorsale et la face palmaire des doigts, sur la face dorsale de la main et sur la face postérieure des avant bras. Elle consistait en papules arrondies, légèrement saillantes, de couleur rouge pâle ; au bout de quelques jours la périphérie prenait une teinte jaunâtre, et le centre devenait rouge purpurique ; certains de ces éléments formaient une élevure saillantes presque verruqueuse, enfin 4 mois après le premier examen, l'éruption disparaissait, mais on notait la persistance des taches purpuriques noirâtres.

Comme antécédents intéressants, on trouvait chez le malade un abcès froid de la partie supérieure de la fesse, et aux jambes des cicatrices correspondant à une éruption de lésions papuleuses, puis ulcérées ayant mis 2 mois à se cicatriser (érythème induré ?)

L'auteur fait de cette affection une tuberculide, sans en préciser le type clinique. Peut-être, étant donné le siège aux pieds et aux mains, les taches purpuriques persistantes, et la réaction hyperkéra-

tosiques au niveau de certaines d'entre-elles, s'agissait-il là d'angiokératome.

II. — Syphilis.

A. — Chancres Syphilitiques.

Chancre syphilitique du nez, par MM. Balzer *et* Lecornu. *Séance du 5 décembre.*

Les chancres syphilitiques de la région céphalique siègent, on le sait, presque exclusivement à la bouche. Ceux de la face, beaucoup moins communs siègent de préférence au menton et aux joues ; ceux du nez sont des raretés.

Le malade, dont le cas est rapporté dans cette observation présentait sur le côté droit du nez, près de la pointe, une ulcération croûteuse ayant les dimensions d'une amande et une adénopathie considérable des ganglions sus-hyoïdiens, sous-mentonniers et de l'angle de la mâchoire, à droite et à gauche ; quelques unes menaçaient de suppurer. L'induration du chancre était très prononcée. En même temps apparaissaient de la réosole généralisée et des syphilides papulo-érosives du scrotum. Le diagnostic de chancre nasal syphilitique n'était donc pas douteux.

Chancre syphilitique de la caroncule lacrymale, par MM. Gaucher et Sarazanas. Séance du 5 décembre.

L'observation porte sur une petite fille de 6 ans et demi, soignée déjà depuis nn mois pour un orgeolet de l'œil droit, lorsque les auteurs la virent. Elle présentait alors, dans l'angle interne de l'œil droit, sur la caroncule lacrymale, une masse indurée, de forme conique, ayant les dimensions d'un haricot ; le pourtour de la plaie présentait un œdème d'un rouge vif ; on notait, en même temps, de la blépharoptose, du blépharospasme et de la conjonctivite catarrhale.

Sur le corps, on observait une roséole papulo-squameuse très nette, et dans la bouche, plusieurs plaques muqueuses. Enfin adénopathie préauriculaire, sous-maxillaire, sous-occipitale et mastoïdienne. L'ensemble de ces signes imposait le diagnostic de chancre syphilitique de la caroncule lacrymale. D'ailleurs, tous les accidents, cutanés et oculaires, entrèrent rapidement en résolution sous l'influence du traitement spécifique. L'enquête faite ne permit pas de découvrir le mode de contagion de la syphilis.

M. Fournier émit à ce propos l'hypothèse qu'une des causes de ces chancres est la projection de la salive pendant la parole.

B. — Manifestations cutanées de la syphilis. — Syphilides. — Gommes.

Sur un rash préroséolique de la syphilis, par MM. Audry et Laurent. Séance du 7 février.

Il s'agit d'une jeune malade de 25 ans, qui, sans cause connue ou avouée, sans absorption de médicaments ou d'aliments suspects présente brusquement

de la céphalée, des nausées, des frissons, et une èruption de taches rouges, arrondies, non saillantes, prurigineuses, disséminées sur tout le corps. La peau paraît à peine tuméfiée ; elle est chaude au toucher, le prurit est assez violent. On pose le diagnostic d'érythème toxique, de cause indéterminée. Dix jours après, cette éruption étant en voie de disparition très avancée, la malade ressent du prurit au niveau du cou, et l'on constate l'existence de petites papules comparables à celles du lichen plan. En même temps, on observe sur le tronc des macules rose-brunâtre d'aspect urticarien. On pense alors à un lichen plan à début érythémateux et urticarien, lorsque l'apparition de plaques muqueuses sur l'amygdale droite, de papules érodées sur la muqueuse vulvaire permettent d'établir le vrai diagnostic. Tous les accidents cutanés disparaissent rapidement sous l'influence du mercure.

L'intérêt de cette observation réside dans l'impossibilité de porter un diagnostic exact au début. Elle montre encore qu'en dehors de ses localisations microbiennes la syphilis, dans le stade initial, peut se comporter comme une véritable infection, capable de produire un érythème d'origine toxique ; car il est impossible d'interpréter autrement le rash qui précéda l'éruption spécifique.

Syphilides scléreuses et scléro-gommeuses des pieds ; sclérose éléphantiasique tertiaire par MM. Balzer *et* Lecornu. *Séance du 4 juillet.*

Le chancre initial remontait à 6 ans. Pendant 3 ans, le malade ne présenta aucun accident et ne suivit aucun traitement. Mais à ce moment, en même temps que des ulcérations disséminées sur le corps, apparut une augmentation de volume des 2 pieds, qui depuis n'ont pas cessé de s'accroître.

Au moment où les auteurs examinèrent le malade. on constatait une énorme hypertrophie du pied droit, occupant surtout la face dorsale du pied et du cou-de-pied, et envahissant la face antérieure de la jambe. Les malléoles disparaissaient dans l'épaisseur de la tumeur ; celle-ci atteignait en effet à la racine des orteils 31 centimètres, à la partie moyenne du pied 36 centimètres, et 43 à la partie moyenne du cou-de-pied. Elle était constituée par un tissu scléreux d'une dureté extrême, de couleur rouge violacé, présentant par places des ulcérations gommeuses à fond bourbillonneux. Les mouvements des orteils étaient restés libres, ce qui indiquait que les lésions, bien qu'ayant envahi la peau et le tissu cellulaire, avaient respecté les gaines tendineuses.

La localisation des lésions s'expliquait par la profession du malade (sommelier) qui l'obligeait à rester fréquemment debout et par l'existence de plusieurs entorses antérieures des cou-de-pieds (4 à droite et 3 à gauche).

L'amélioration fut rapide sous l'influence du traitement mercuriel.

Les auteurs rapprochent ce cas d'autres observations semblables déjà observées par l'un deux, toutes pouvant rentrer dans deux types : type scléro-gommeux et type scléreux pur. De ces deux lésions, la plus grave au point de vue du pronostic est la sclérose ; les gommes disparaissent assez rapidement

sous l'influence du traitement, tandis que les lésions de sclérose sont particulièrement tenaces et rebelles.

Syphilis mutilante du pied; *perte de deux orteils par* E. LEGRAIN. *Séance du* 10 *janvier*.

L'auteur a présenté à la société l'observation et la photographie d'un cas de syphilis mutilante chez un Kabyle. Cette forme est assez fréquente dans cette race; la syphilis, n'étant pas traitée, y présente souvent des accidents de la gravité de ceux que l'on observait en Europe au moyen âge. Dans le cas actuel, le diagnostic devait être fait avec l'aïnhum; les deux premiers orteils du pied gauche étaient en effet tombés, et le troisième, encore intact, présentait à sa base un sillon rapelant les lésions de l'aïnhum. On aurait pu encore songer à la lèpre. Mais l'ulcération consécutive à la chute des orteils guérit rapidement après trois semaines de traitement spécifique.

C. — **Syphilis osseuse et musculaire.**

Sur la nature et le traitement de la contracture syphilitique du biceps par CH. AUDRY. *Séance du* 6 *juin*.

Malade de 28 ans, nerveux, impressionable, buveur; se présente porteur d'un chancre syphilitique de la lèvre inférieure, suivi peu de jours après de roséole et de plaques muqueuses.

Environ 6 semaines après, le malade s'aperçoit tout d'un coup qu'il ne peut plus étendre complètement l'avant-bras gauche sur le bras ni le mettre en flexion complète. A l'examen, le biceps est ferme, tendu, mais à peu près indolent. L'examen électrique répété à 2 reprises ne révèle que de l'hyperexcitabilité musculaire générale.

On procède à 3 injections de 2 centimètres cubes d'eau distillée dans l'épaisseur du biceps et en quatre jours tout est terminé.

Cette guérison rapide et complète sous l'influence d'injections intra-musculaires d'eau distillée portent l'auteur à penser que de tels cas ne relèvent nullement d'un processus de myosite spécifique, mais sont un phénomène de contracture d'origine nerveuse, un accident d'hystéro-syphilis.

L. P.

Formulaire Thérapeutique

III. Les Pâtes médicamenteuses.

Comme leur nom l'indique, les pâtes médicamenteuses sont des topiques composés de graisses et de substances pulvérulentes, auxquelles on a adjoint un agent médicamenteux. Nous avons vu que les pâtes simples agissent par leurs propriétés plastiques, par leurs qualités physiques. Mais, en même temps que l'action décongestionnante qui est la propriété commune de toute pâte, on a souvent intérêt à exercer une action réductrice, ou kératolytique, ou antiséborrhéique : d'où l'adjonction aux formules de pâtes simples que nous avons dèjà données, de toute la série des substances actives, des agents médicamenteux employés en dermatologie. Ici encore, nous aurons à citer surtout des préparations employées en Allemagne et dont nous trouvons l'indication dans le Traité de *Thérapeutique* de Leistkow.

*
* *

Régles à observer dans la façon de formuler les pâtes médicamenteuses.

L'adjonction de ces agents médicamenteux aux pâtes simples doit se faire suivant une règle qu'il importe d'observer rigoureusement : ils devront être incorporés aux pâtes dans des proportions telles que celles-ci conservent leurs propriétés caractéristiques, c'est-à-dire qu'elles continuent à permettre la perspiration cutanée et à absorber les sécrétions de la peau grâce à leur pouvoir capillaire. En un mot les pâtes médicamenteuses devront exercer une action décongestionnante, au même titre que les pâtes simples.

Prenons comme exemple la pâte soufrée, et en particulier la formule donnée par Unna. Rappelons tout d'abord la formule de sa pâte de zinc ordinaire :

Oxyde de zinc.......	10 gr.
Ceyssatite...........	2 gr.
Axonge benzoïnée....	28 gr.

Nous nous proposons d'ajouter du soufre à cette formule. Le soufre étant une substence pulvérulente, nous devons retrancher une qnantité d'oxyde de zinc égale à celle de soufre que nous allons incorporer. Par exemple, nous formulerons :

Soufre précipité......	4 gr.
Oxyde de zinc.......	6 gr.
Ceyssatite...........	2 gr.
Axonge benzoïnée....	28 gr.

ou encore :

Soufre précipité.......	6 gr.
Oxyde de zinc........	4 gr.
Ceyssatite	2 gr.
Axonge benzoïnée.....	28 gr.

On le voit : dans un cas nous avons ajouté 4 gr. de soufre et nous n'avons mis que 6 gr. d'oxyde de zinc au lieu de 10 ; dans l'autre cas, ayant incorporé à notre pâte 6 gr. de soufre, nous n'avons mis que 4 gr. d'oxyde de zinc.

De même, en partant de la pâte de zinc de Lassar, nous pourrons prescrire :

Soufre précipilé......	6 gr.
Oxyde de zinc........	10 gr.
Amidon.............	4 gr.
Lanoline.............	10 gr.
Vaseline.............	10 gr.

En somme, dans un cas comme dans l'autre, il y a eu échange de substances pulvérulentes en proportions égales et la pâte a conservé entièrement ses propriétés plastiques, le même pouvoir de perméabilité à la perspiration cutanée et le même pouvoir de porosité, d'attraction capillaire.

Si nous insistons ainsi sur la construction d'une formule de pâte médicamenteuse, en prenant la pâte soufrée comme type, c'est pour permettre au médecin de bien comprendre le mécanisme très simple qui préside à la façon de formuler ces pâtes, afin qu'en partant de quelques formules de pâtes simples, telles que nous les avons données et qu'il lui sera facile de retenir, en connaissant les doses médicamenteuses des agents actifs employés en dermatologie, il soit toujours capable de formuler de lui-même n'importe quelle pâte médicamenteuse, en face de tel cas donné.

Une pâte simple qui conviendra à certains eczémas, pourra être rendue plus épaisse avec grand avantage, dans tel autre cas, par l'adjonction d'une plus grande quantité de matière pulvérulente ; telle séborrhée, légèrement irritable, ne supportera une pâte soufrée qu'à 5 ou 6 pour cent de soufre ; telle peau séborrhéique, épaisse et résistante, supportera, au contraire, impunément une pâte à 10, 15 pour cent de soufre.

Tout ce que nous venons de dire, à propos des pâtes soufrées, s'applique à la plupart des autres pâtes médicamenteuses ; un grand nombre des médicaments qui entrent dans leur composition sont en effet des poudres ou des cristaux ou des aiguilles minuscules, et lorsqu'ils entreront dans la composition d'une pâte pour une quantité suffisante, on devra toujours avoir soin de défalquer une quantité égale de substance pulvérulente inerte : oxyde de zinc ou amidon.

Mais, dans quelques cas, l'agent médicamenteux ne pourra être incorporé à la pâte que sous forme d'une solution ; dans ce cas, on s'adressera exclusivement comme matière grasse à une graisse de laine : adeps lanæ ou lanoline. Ces graisses jouissent, en effet, de la propriété d'absorber des solutions aqueuses dans une proportion assez considérable (c'est sur ce fait qu'est fondée la confection des crèmes que nous aurons l'occasion d'étudier dans la suite). Elles formeront donc avec la solution médicamenteuse un mélange parfaitement homogène auquel on adjoindra des substances pulvérulentes dons une proportion un peu plus considérable pour conserver à la pâte ses propriétés plastiques.

* * *

Types de formules de pâtes médicamenteuses.

Il importe cependant de donner des exemples et nous allons indiquer ici quelques formules qui peuvent être usuellement employées :

Pâte soufrée :

Oxyde de zinc.......	6 gr.
Soufre précipité.....	6 gr.
Ceyssatite...	2 gr.
Axonge benzoïnée ...	28 gr.

(UNNA).

Pâte salicylée :

Acide salicylique.....	1 gr.
Oxyde de zinc... } aa	12 gr.
Amidon........ }	
Vaseline...........	25 gr.

(LASSAR).

L'action kératolytique (destructrice de la couche cornée) de l'acide salicylique étant souvent employée pour favoriser l'action en profondeur des réducteurs, on pourra les associer à la formule que nous venons de don-

ner, comme par exemple dans la formule suivante :

Pâte au tuménol salicylée :

Acide salicylique.....	1 gr.
Tuménol.........	3 à 5 gr.
Oxyde de zinc.. / Amidon.......	aa 12 gr. 50
Vaseline..........	25 gr.

(Neisser).

Pâte pyrogallique :

Pyrogallol.	0 gr. 50 à 2 gr. 50
Ceyssatite...........	3 gr.
Amidon.............	3 gr.
Vaseline....... / Adeps lanæ....	aa 14 gr.
Jus de citron récemment exprimé......	V à X gouttes

(Leistikow).

Dans cette formule, l'adjonction de jus de citron a pour but d'empêcher la coloration brune, jaune ou noire, que l'acide pyrogallique donne à la couche cornée, coloration qui est favorisée par les alcalis et par l'oxyde de zinc et qui est empêchée par les acides, comme l'a reconnu Unna.

Pâte résorcinée :

Résorcine...........	20 gr.
Oxyde de zinc.......	5 gr.
Ceyssatite...........	1 gr.
Axonge benzoïnée....	14 gr.

(Unna).

Cette pâte, qui contient une quantité égale de résorcine et de pâte de zinc ordinaire d'Unna, est un type de pâte exfoliante, destinée à produire, au niveau des points où on l'applique, des réactions inflammatoires aiguës avec hyperkératose, aboutissant à l'exfoliation de la surface et à une décongestion persistante du derme.

Nous n'avons pas à entrer ici dans le détail des indications de la méthode exfoliante qui a des applications multiples en dermatologie : ces applications seront indiquées en détail, au sujet du traitement de l'acné, du lichen simplex, des pigmentations.

Pâte à l'ichtyol :

Ichtyol............	1 gr.
Oxyde de zinc.. / Amidon......	aa 12 gr.
Vaseline............	25 gr.

(Jessner).

Pâte au naphtol soufré :

Naphtol B..........	10 gr.
Soufre précipité.....	50 gr.
Vaseline....... / Savon noir.....	aa 25 gr.

(Lassar).

Naphtol B...... / Acide salicylique / Résorcine......	aa 5 gr.
Amidon........ / Soufre......... / Vaseline....... / Savon noir.....	aa 25 gr.

(Besnier).

Cette pâte est encore une pâte exfoliante ; elle donne une idée des associations médicamenteuses que l'on peut réaliser dans une formule.

Pâte acétique :

Acide acétique.......	5 gr.
Ceyssatite...........	10 gr.
mélanger au mortier et ajouter :	
Lanoline............	25 gr.
Vaseline............	10 gr.

(Leistikow).

* * *

Emploi des pâtes médicamenteuses.

Nous avons insisté assez longuement à propos des pâtes simples sur le mode d'action des pâtes pour n'avoir pas à y revenir ici ; rappelons seulement que grâce aux propriétés physiques qui en font des agents décongestionnants, les substances médicamenteuses qu'elles contiennent n'agissent guère qu'en surface. De ces considérations découlent les règles de leur mode d'emploi : les pâtes médicamenteuses occupent une place in-

termédiaire entre les pâtes simples et les pommades. Comme nous le disions dans notre premier article, il y a là une véritable gamme qu'il importe de savoir bien manier et dont il faut faire intervenir les principaux éléments en temps opportun. On aura donc recours aux pâtes médicamenteuses toutes les fois qu'on aura affaire à une lésion qui n'est pas en état d'inflammation aiguë et qu'on se propose de modifier, mais qui est encore suffisamment irritable pour que l'emploi d'une pommade puisse paraître encore dangereux. Par exemple, dans le traitement d'un eczéma aigu, une fois l'œdème et la congestion calmés par l'emploi d'une pâte simple telle que la pâte de zinc de Lassar, on prescrira une pâte médicamenteuse contenant un réducteur faible tel que l'ichtyol, le thiol ou le tuménol, ou encore un goudron en très faible quantité. Les pâtes médicamenteuses constituent ainsi le deuxième stade du traitement d'une dermatose aiguë et préparent l'action des pommades dont elles rendent souvent l'emploi possible en très peu de jours. Elles permettent, en outre, au moment où l'on a recours aux pommades, d'employer des doses médicamenteuses bien plus énergiques, sans danger.

L'emploi systématique et gradué de ces différents stades thérapeutiques permet d'obtenir des résultats remarquables, et dans un temps relativement fort court.

Aussi ne saurions-nous trop recommander de suivre cette marche : elle épargne des tâtonnements, des reculs, des aggravations, permet d'avancer à coup sûr, sans douleur pour le malade et rapidement ; depuis que nous y avons recours d'une façon systématique à la Policlinique de l'Établissement Dermatologique, nous sommes souvent arrivés à guérir en un mois ou six semaines de vastes eczémas durant depuis des mois et persistant malgré différents traitements avec des alternatives de régression et de poussées aiguës.

L. Pautrier.

Nécrologie

MORITZ KAPOSI

La mort de Kaposi (6 mars 1902) est un événement pour les dermatologistes. Tous connaissaient ses travaux ; hors de France, beaucoup avaient été ses élèves à l'Ecole de Vienne, dont l'admirable organisation attire depuis longtemps les médecins désireux de s'instruire dans notre science spéciale. Moritz Kaposi fut un professeur éminent, non moins qu'un spécialiste consommé.

« Pour lui, la lutte des premières années fut pénible, non pour le succès, mais pour l'existence même..... Kaposi était juif, et vécut, étudiant, dans cette solitude morose qui est celle des grandes villes. Il eut la chance d'être distingué par Hebra, et, à la mort de celui-ci, on put voir que la robe du maître était revêtue par un successeur digne de lui. A l'époque de sa mort, Kaposi n'était pas seulement un maître reconnu en dermatologie, mais il avait élevé beaucoup de ceux qui sont aujourd'hui les plus connus dans notre spécialité » (Malcolm Morris. *The Brit. Journal of Dermatology*).

« Aucun professeur ne fut plus remarquable par la clarté et par la

précision des descriptions, par l'enchaînement topique de ses déductions; son diagnostic était très nettement établi, affirmé, formulé; les indications curatives basées sur sa vaste et longue expérience, et c'est sous les yeux de ses élèves que se faisaient les interventions thérapeutiques. Si l'on ajoute à cela que, dans l'organisation de l'Ecole de Vienne, c'est un même assistant qui reste auprès du maître pendant cinq ou six années, on comprendra sans peine le succès et la valeur d'un enseignement aussi complètement clinique et pratique, et combien il est fructueux pour la science, pour les malades et pour les élèves. (E. Besnier et A. Doyon, *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*).

Gendre et successeur de Ferdinand Hebra, qui accomplit une tâche révolutionnaire, Kaposi s'efforça de conserver, de défendre les doctrines de son maître, de les protéger contre les novateurs. Cependant, il contribua largement aux progrès de l'étude des maladies cutanées, par de nombreux travaux; parmi les plus importants, nous citerons : son *Traité des maladies de la peau*, un *Traité des maladies vénériennes*, ses recherches *sur la lymphodermie pernicieuse*, le *sarcome pigmentaire idiopathique*, le *xeroderma pigmentosum*, etc.

Plus que d'autres dermatologistes étrangers, Kaposi était connu en France du grand public médical. On sait quelle importance a eue pour nous la traduction du *Traité des maladies de la peau* par E. Besnier et A. Doyon. L'ouvrage était de premier ordre; les notes qui l'ont complété, rectifié, discuté, mis au point à notre usage, lui ont donné un prix inestimable.

ENSEIGNEMENT DERMATOLOGIQUE

Clinique de l'Etablissement dermatologique, 9 rue Beudant, Paris, XVIIe arrt.

Les lundis matin, à 9 h. 1/2, examen des malades, conférence de thérapeutique appliquée, par le Dr Leredde.

Cette conférence est ouverte à tous les médecins et étudiants en médecine.

Pendant le mois de juin et le mois de juillet, tous les lundis matin à 10 h. 1/2, conférences, par le Dr Leredde, sur : *Le traitement de la syphilis ; progrès à y réaliser ; nouvelles règles à adopter. Première Conférence, le 2 Juin.*

ERRATA DU NUMÉRO 1

Page 13, ligne 26, au lieu de 7 cent. 38; lisez : 8 centigrammes 4[illegible]

Page 17, ligne 1 de la note (2), au lieu de Paris, 1901 : lisez : Paris, 1900.

Page 20, ligne 39, au lieu de 7 février 1902 ; lisez : 7 novembre 1901.

Page 23, colonne 1, ligne 9, au lieu de l'amidon, l'oxyde de zinc; lisez : l'amidon, la craie préparée et la terre de diatomées.

Le Mans.—Imprimerie de l'Institut international de Bibliographie de Paris.—IV-1902, n° 963.

PITYRIASIS ROSÉ DE GIBERT

Par le Dr SABOURAUD

Planche I

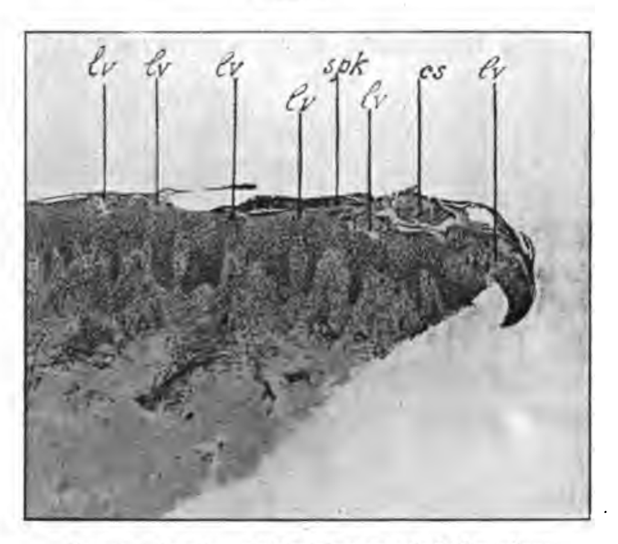


Fig. 1. — *lv*, lésions vésiculaires en voie de formation; *spk*, squames parakératosiques; *cs*, croûte séreuse.

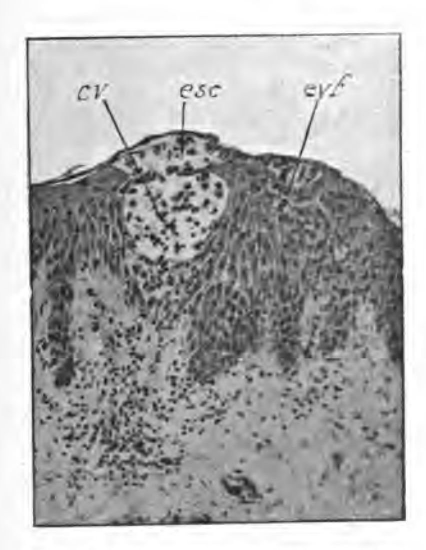


Fig. 2. — *cv*, cavité vésiculaire; *esc*, vésicule sous-cornée; *evf*, cavité vésiculaire en formation.

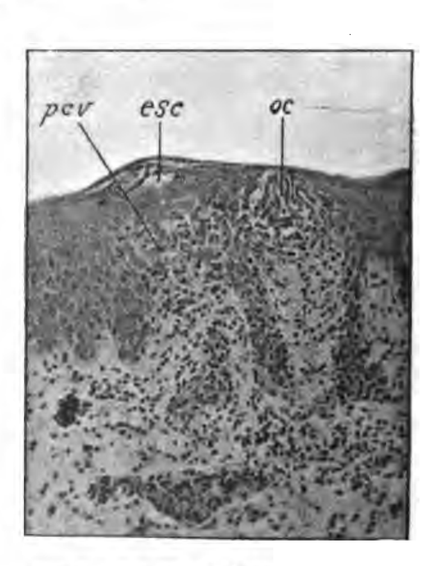


Fig. 3. — *pcv*, paroi de la cavité vésiculaire *esc*, effraction sous-cornée; *oc*, orientation verticale de cellules épidermiques dans la cavité vésiculaire.

Planche II

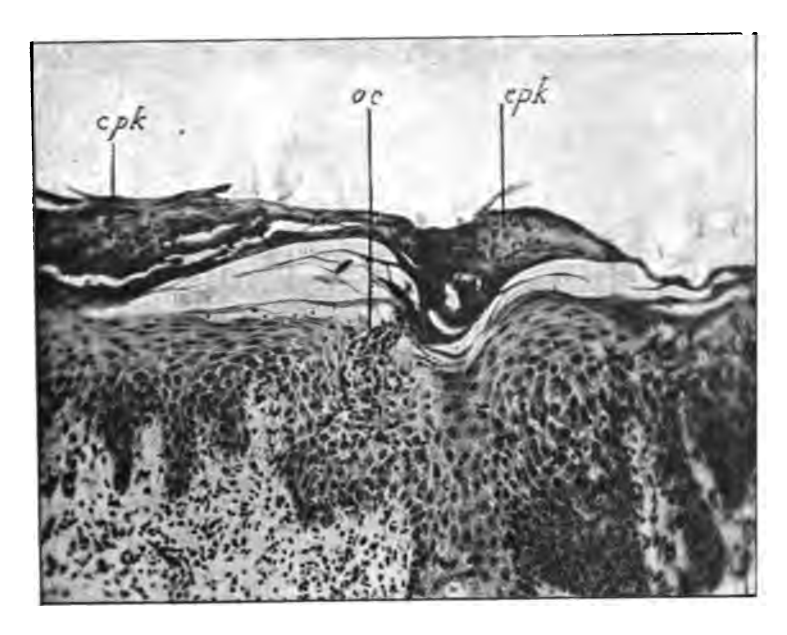


Fig. 1. — *cpk*, croûte parakératosique avec noyaux de cellules mononucléaires; *oc*, orientation verticale des cellules épidermiques dans la cavité vésiculaire.

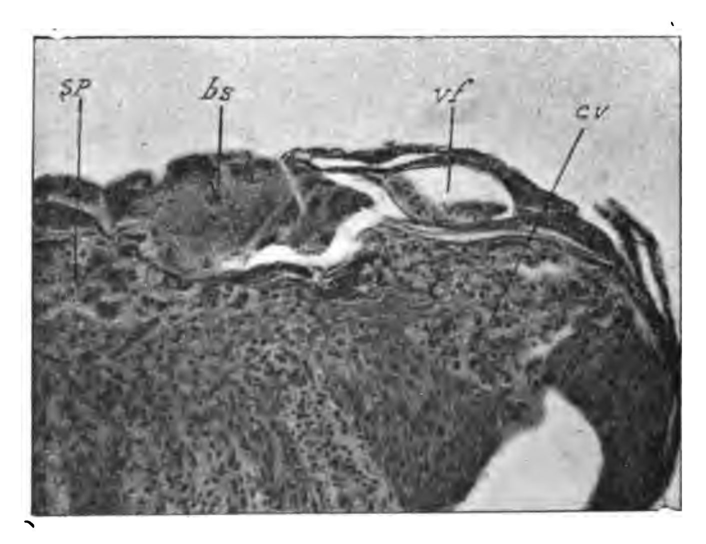


Fig. 2. — *sp*, spongiose sous-cornée; *bs*, bloc séreux en exfoliation; *vf*, vésicule fermée en exfoliation; *cv*, cavité vésiculaire contenant des blocs séreux et des macrophages.

REVUE PRATIQUE
DES MALADIES CUTANÉES, SYPHILITIQUES ET VÉNÉRIENNES

Note sur l'Histologie du Pityriasis rosé de Gibert,

Par **R. SABOURAUD**,

Chef du laboratoire de la ville de Paris, à l'hôpital Saint-Louis.

I

Je prépare depuis plusieurs mois une étude d'ensemble sur les maladies squameuses du cuir chevelu et de la peau. Au cours de ce travail, je devais forcément rechercher de quelles lésions anatomiques s'accompagne le pityriasis rosé. C'est ainsi que j'ai été conduit à observer les faits anatomiques qui font l'objet de la présente note.

Tous les dermatologistes connaissent cet exanthème singulier qui, sous le nom de *pityriasis rosé* fut différencié par Gibert des éruptions analogues et particulièrement des éruptions de syphilides circinées.

Cette maladie a son évolution entière ordinairement comprise en six semaines. D'abord, le plus souvent du moins, apparaît sur un point quelconque du torse ou de la racine des membres un premier élément plus grand que tous, et qui reste quelques jours unique. (Brocq.)

Bientôt après de très nombreuses lésions identiques surgiront successivement en tous points du corps ne respectant que la face, le cou, et les extrémités des quatre membres. Et ces éléments seront tous semblables entre eux, sauf leur diamètre, variable du simple au double, et leur date d'apparition.

Ce sont des dartres rondes, qui naissent sous la forme de simples taches rouges, de macules très peu surélevées, et dont l'orbicularité ne s'accuse pas tout d'abord.

Comme dans beaucoup de lésions squameuses à développement excentrique, le centre de celles-ci s'affaisse pendant que leur périphérie progresse. Sur ce centre guéri, l'épiderme prend alors une teinte bistre striée de reflets moirés.

En son plein développement la lésion moyenne du pityriasis rosé de Gibert est une cocarde de deux centimètres de diamètre. Son centre plat est ourlé d'un liséré rose lilas, très peu mais un peu saillant. Entre le centre et le liséré périphérique est une étroite zone d'exfoliation, où l'épiderme encore adhérent au liséré érythémateux périphérique est détaché en dents de scie vers le centre de la lésion.

L'efflorescence complète, en son âge moyen, avec son centre plat, bistre et moiré, avec sa zone d'exfoliation épidermique et son liséré extérieur de couleur rose-lilas, un peu surélevé est vraiment parmi les plus caractéristiques que la dermatologie connaisse.

L'éruption totale comprend de trente à trois cents cercles roses et squameux d'évolution subintrante et non simultanée, disséminés sur le torse et le premier segment des quatre membres.

Après trois semaines on n'en voit point survenir de nouveaux. Et lentement, comme ils sont venus ils s'effacent, graduellement, ne laissant à leur place que la teinte bistre plus haut signalée, qu'une desquamation furfuracée fait à son tour disparaître.

On dit que cette éruption ne récidive jamais. Elle ne paraît pas contagieuse, quoiqu'on puisse l'observer en série clinique ; de ce fait elle a paru quelquefois saisonnière. La pathogénie de l'éruption est inconnue et aussi, je le crois du moins, l'anatomie de ses lésions. En 1891, L. Jacquet a mentionné la concomitance du pityriasis rosé avec la dilatation d'estomac. Il avait donc tendance à assimiler cet exanthème aux éruptions *ab ingesta*.

Inversement beaucoup d'auteurs ont voulu voir dans l'orbicularité de ces efflorescences cutanées la preuve de leur origine parasitaire

L'apparition préalable d'une première tache — grande — précédant le développement d'une multitude d'autres plus petites, semblait aussi rapprocher de l'évolution des teignes cryptogamiques celle du pityriasis rosé de Gibert.

L'école de Vienne, avec Kaposi, a été plus loin dans cette voie des assimilations et des rapprochements hypothétiques; elle a baptisé le pityriasis rosé du nom d'*Herpès tonsurans maculosus*.

Pourtant non seulement le microscope ne fournit pas la démonstration du parasitisme mycosique des taches de ce pityriasis, mais les applications de teinture d'iode (diluée au 1/3), qui sont vraiment spécifiques contre les mycoses épidermiques que nous connaissons, quand elles restent superficielles : pityriasis versicolor, érythrasma, trichophytie cutanée, etc), ne produisent sur les taches du pityriasis rosé qu'une irritation artificielle sans amélioration d'aucune sorte.

A examiner à l'œil nu la lésion que je viens de décrire, on pourrait la supposer exclusivement pityriasique, exclusivement caractérisée par des squames hyper et parakératosiques, en exfoliation sur un épiderme légèrement irrité et sous tendu par une congestion dermique légère. Or cette idée est tout à fait fausse. Le pityriasis rosé n'a pas la structure d'un pityriasis simple, c'est-à-dire d'une maladie épidermique essentiellement squameuse. Son nom le range à tort dans les pityriasis, car c'est un érythème dans l'évolution duquel l'exfoliation n'est qu'un phénomène accessoire et ultime précédant la guérison.

Le *Pityriasis rosé de Gibert* n'est pas un pityriasis. Au point de vue anatomique, c'est un érythème vésiculeux.

II

Voici d'emblée une coupe histologique (*Pl. I, fig. 1*) qui prouve à l'évidence ce que je viens d'affirmer.

La biopsie dont provient cette coupe a été faite suivant le rayon d'une lésion adulte de pityriasis rosé typique. Et cette partie de la coupe correspond à son liseré érythémateux périphérique.

On trouve dans la largeur de ce liséré, largeur qui n'excède pas trois millimètres, six centres de formation vésiculaire (*Pl. I, fig. 1. l. v.*), sans compter les vésicules que la squame contient à l'état de reliquat et qui avaient déjà évolué avant que la biopsie ne fût faite.

Lorsqu'on étudie les coupes de la périphérie d'une tache de pityriasis rosé, voici par ordre d'importance les lésions que l'on y observe :

On trouve, dans l'épaisseur du liseré qui la cerne, une multitude de vésicules histologiques très nettes, contenant, au milieu d'un liquide séreux, de la fibrine, des cellules épidermiques et des cellules migratrices. Ces lésions sont sous-tendues par une congestion et une infiltration dermique diffuse. Elles sont recouvertes, non par des squames, mais par des croûtelles.

1° Les vésicules du pityriasis rosé constituent le phénomène anatomique le plus marquant, et, je crois, le plus inconnu dans cette maladie ; je ne sache pas que ces vésicules aient jamais été vues ni mentionnées par personne.

Ce sont, comme presque toutes les vésicules épidermiques, des vésicules *intercellulaires*, c'est-à-dire que chacune se constitue non par fonte, mais par dissociation épidermique, non pas dans les cellules mais entre elles.

Ces vésicules ne se constituent pas dans la profondeur, mais sous la surface de l'épiderme, et quand on en voit une dont le fond touche aux couches-mères de l'épiderme, c'est que la vésicule n'a pu se constituer plus haut, parce que plus haut il en existait déjà une autre.

La très fine figure d'ensemble que nous avons placée avant toute autre (*Planche I., fig. 1*), appuie très nettement cette affirmation ; de même les figures 2 et 3 de la Planche I, dans lesquelles il existe manifestement deux vésicules superposées. Donc la vésicule histologique du pityriasis rosé n'est pas profonde d'emblée, mais au contraire superficielle. Pour un histologiste attentif, ce seul phénomène différencie la vésicule du pityriasis rosé, de la vésicule eczématique, qui, à sa naissance est toujours profonde. Au contraire, ce caractère rapproche les fines vésicules du pityriasis rosé des lésions élémentaires

du psoriasis, telles que les a décrites un de mes élèves, M. le Dr W. S. Munro (de Sidney), dans une brève note insérée aux *Annales de dermatologie et de Syphiligraphie*. (1898. 3e série).

Dans le pityriasis rosé, ces vésicules, dont la dimension varie, mais qui, à ce que j'ai vu demeurent toujours petites, de $\frac{3\text{-}5}{10}$ de millimètre environ, contiennent des éléments cellulaires flottant au milieu d'un liquide séro-fibrineux.

2° **Sérum.** — Le sérum dont la vésicule est remplie est arrivé au point où on le rencontre par filtration inter-épidermique produisant ainsi le phénomène bien connu de l'état « spongoïde » (Unna), c'est-à-dire l'écartement des cellules épidermiques accolées et la distension de leurs filaments d'union.

Ce phénomène, très important dans beaucoup d'éruptions cutanées, particulièrement dans l'eczéma, est ici très accessoire. On l'observe particulièrement à droite de la vésicule *e. v. f.* dans la figure 2 de la Planche I et à gauche de la vésicule, *c. v.* dans la figure 2 de la planche II.

Ce sérum, collecté au point qui fera une vésicule, est le plus souvent homogène. Quelquefois, dans les plus grandes vésicules, il garde par places la disposition en boules distinctes, non fusionnées comme cela reste visible dans la vésicule *c. v.* de la fig. 2. de la planche II.

3° **Fibrine.** — Le sérum de la vésicule contient toujours de très nombreux filaments de fibrine. Tantôt sous la forme d'un fin réseau emprisonnant les cellules immigrées flottantes dans la cavité de la vésicule, tantôt sous forme d'arborescences, qu'on ne saurait mieux comparer qu'à des fragments de mycélium cryptogamique. Tous les histologistes connaissent ces tronçons fibrineux ramifiés, vermicellaires pour les avoir observés dans la cavité des vésicules de la dysidrose, où ils ne manquent jamais. J'insiste au contraire sur ce fait que, dans la vésicule eczématique, la fibrine ne se présente jamais sous cette forme.

4° **Cellules épidermiques.** — Les vésicules du pityriasis rosé contiennent toujours, au moins à l'état d'unités, quelques cellules épidermiques dissociées, flottantes, aisément reconnaissables à leur forme géométrique, à leur noyau ovalaire, de coloration pâle ayant gardé ses deux étoiles de chromatine.

En outre, très souvent le sommet de la vésicule est occupé par un faisceau de cellules épidermiques très allongées, orientées verticalement comme pour sortir par la vésicule ouverte.

De ces cellules, quelques-unes même chevauchent à angle droit avec les cellules épidermiques cornées normales, restées en place et dont le grand axe est horizontal.

Ce phénomène est particulièrement visible dans la figure 3 de la

planche I (en *o. c.*). Il est également fort net dans la fig. 1 de la planche II (en *o. c.*).

Je ne connais pas la raison de cette disposition anatomique singulière à laquelle je ne sais point d'analogue dans toutes la série des maladies épidermiques.

5° **Cellules migratrices.** — Dans les cavités vésiculaires les cellules épidermiques sont en petit nombre relativement aux cellules migratrices. Quand une coupe passe par le milieu d'une vésicule. (*Pl. 1*, *fig. 2*, *c. v.*), il est aisé de voir presque toutes les cellules flottantes dans le sérum de la vésicule sont des cellules migratrices venues du derme dans la vésicule. Les coupes même rendent l'observateur témoin de cette migration. Au-dessous et autour des vésicules, toutes nos figures montrent dans l'épaisseur de l'épiderme une foule de cellules en migration.

Ces cellules appartiennent toutes à un même type, celui des leucocytes mononucléaires, dits macrophages (Metchnikoff), cellules caractérisées : 1° par une masse cellulaire nettement plus grosse que celle des leucocytes polynucléaires microphages, 2° par un noyau à peine lobé, contenant un ou deux gros grains de chromatine, 3° par un protoplasma homogène sans granulations colorables (α, β, ε, ou γ d'Ehrlich).

Ces cellules, on le sait, ont le pouvoir d'englober toutes les cellules mortes ou tous les débris cellulaires à portée de leur protoplasma. Toutefois, dans la vésicule du pityriasis rosé, ces cellules ne m'ont jamais rendu témoin de ce phénomène d'englobement.

La nature de ces cellules dans la vésicule du pityriasis rosé ne peut faire aucun doute; on suit la série ininterrompue, en files régulières, de ces mêmes mononucléaires depuis le tissu conjonctif de la papille jusque dans la vésicule intra-épidermique sous-cornée.

Il est rare de trouver auprès de ces mononucléaires, dans l'épiderme même, un seul polynucléaire en migration. Et dans la cavité vésiculaire elle-même, je n'en ai pas pu trouver un seul. Mes préparations présentées à mon collègue et ami Dominici, dont on connaît la compétence si particulière en cytologie, ont donné lieu de sa part aux mêmes conclusions.

Dans la lésion élémentaire du pityriasis rosé, l'absence totale des polynucléaires (neutrophiles, microphages), seuls capables d'englober les corps microbiens vivants est un fait négatif très remarquable, car il semble exclure cette idée que la lésion du pityriasis rosé soit localement microbienne.

Quant à la présence exclusive des mononucléaires dont le rôle paraît limité à la résorption des produits toxiques et des déchets cellulaires mortifiés, c'est un fait positif qui vient corroborer le précédent.

Ce sont ces deux faits qui donnent *provisoirement* la notion la plus précise sur la nature du pityriasis rosé de Gibert. Ils tendraient à en faire un érythème toxique plutôt qu'une dermatomycose.

6° **Congestion et infiltration dermique.** — L'œdème actif, la congestion et l'infiltration dermique dans les lésions du pityriasis rosé de Gibert se concentrent sous le bourrelet érythémateux périphérique qui sertit chaque efflorescence.

En ce point, le derme est le siège d'un intense processus de congestion; les vaisseaux sont entourés d'un manchon de cellules inflammatoires et ce processus congestif est limité à la partie supérieur du derme (Pl. I. fig. 1.) Et cette infiltration est en majeure partie formée par les cellules mononucléaires qui émigrent à travers l'épiderme et que nous avons décrites dans la vésicule.

En certaines papilles, la congestion vasculaire *sanguine* est extrêmement accusée. On voit le vaisseau papillaire distendu par les hématies. J'ai même noté en plusieurs points des hématies passées hors de leur vaisseau et *jusque dans l'épiderme*, j'en ai retrouvé jusqu'à la hauteur de la troisième stratification épidermique, c'est-à-dire en plein épiderme.

7° **Squames et croûtelles.** — Dans les squames et croûtelles du pityriasis rosé on retrouve à leur dernier stade, stade d'éviction et de rejet, toutes les lésions plus haut décrites. Ici, comme dans beaucoup de lésions épidermiques. la croûte est un *compendium* qui schématise la lésion disparue. C'est une momification de la lésion active. On en retrouve tous les éléments constitutifs dans cette mince croûtelle qui, pour l'œil nu, est une squame furfuracée.

Les deux croûtes à demi détachées visibles dans la figure 1 de la planche II, sont composées en leur centre d'une masse séreuse coagulée, contenant encore tous les noyaux des mononucléaires que nous avons vus dans la vésicule. Cette masse est enrobée entre deux lames épidermiques cornées, l'une ancienne supérieure, l'autre inférieure au-dessous de laquelle l'épiderme nouveau est intégralement reconstitué.

Dans la figure 2 de la planche II, les croûtes montrent des processus analogues et un peu différents.

En *v. f.*, on observe, incluse entre deux lames cornées, une petite vésicule qui montre encore une partie de son contenu séreux semé de noyaux de cellules mononucléaires.

En *b. s.*, on observe un bloc séreux considérable ayant emprisonné dans la coagulation de sa masse quelques noyaux de cellules migratrices.

L'ensemble de la figure révèle du reste des lésions d'intensité rare

dans le pityriasis rosé, et qui au premier abord, semblent presque eczématiques, mais la superficialité exclusive de la plupart, l'absence de lésions épidermiques profondes, et l'examen d'ensemble de la préparation dont cette figure ne montre qu'un point, tout cela ne permet pas d'équivoque.

En résumé, les squames du *pityriasis rosé*, histologiquement, ne sont pas des squames, mais des croûtelles, car elles comprennent non seulement des lames cornées, hyper et parakératosiques, mais encore du sérum et des cellules migratrices, et même souvent des vésicules entières conservées dans leur forme même, avec leur contenu séreux coagulé et les restes nucléaires des cellules qui les habitaient.

III

De tous ces faits histologiques, vérifiés à deux reprises et constatés identiques dans les deux cas, on peut tirer deux ordres de conclusions.

Les premières, simples constatations de faits, sont en soi indiscutables :

I. — Le pityriasis rosé n'est pas un pityriasis, c'est-à-dire une lésion essentiellement squameuse, mais un érythème à lésions finement vésiculeuses. *C'est donc parmi les érythèmes vésiculeux que le pityriasis rosé doit désormais être décrit.*

De ces mêmes faits on peut en outre conclure, mais par induction et avec une part d'hypothèse :

II. — Que la structure des vésicules du pityriasis rosé n'appuie pas l'idée d'un parasitisme local. Ces vésicules ne ressemblent pas aux vésicules mycosiques de la trichophytie cutanée, elles ne se rapprochent d'aucune lésion connue comme parasitaire. Leur structure les placerait plutôt à côté de lésions connues comme microbiennes : vésicules primitives de l'eczéma, de la dysidrose, etc.

Ainsi donc il ne semble pas que, dans l'avenir, on doive s'attendre à trouver un parasite quelconque dans ces vésicules (on n'en rencontre d'ailleurs aucun quant à présent). *Ainsi le pityriasis rosé de Gilbert se placerait à côté des érythèmes polymorphes comme un érythème vésiculeux de cause interne à déterminer.*

LÉGENDE DES FIGURES

N. B. — Ces photographies ont été obtenues, dans mon laboratoire par M. Noiré, élève du laboratoire, avec le microscope de Zeiss, la chambre noire de Stiassnie, sur des préparations fixées au sublimé acide, incluses à la paraffine et colorées par un mélange d'éosine et d'orange à 1 p. 0/0 et ensuite par une solution de violet gentiane dans l'eau à 1 p. 300.

R. S.

Planche I, fig. 1. — Grossissement de 50 diamètres. Coupe d'ensemble du bord d'une lésion de pityriasis rosé.

l. v. Lésions vésiculaires en formation.
c. s. Croûte séreuse.
s. p. k. Squame parakératosique.

Planche I, fig. 2. — Grossissement de 140 diamètres. Coupe passant par le centre d'une vésicule histologique.

c. v. Cavité vèsiculaire.
e. s. c. Cavité vésiculaire sous cornée.
e. v. f. Autre cavité vésiculaire en formation.

Planche I, fig. 3. — Grossissement de 140 diamètres. Coupe voisine de la précédente.

p. c. v. Paroi de la cavité vésiculaire, *c. v.* de la précédente figure.
e. s. c. Vésicule sous cornée.
o. c. Orientation verticale des cellules épidermiques dans la vésicule du pityriasis rosé.

Planche II, fig. 1. — Grossissement de 180 diamètres. Préparation montrant la coexistence de la croûtelle du pityriasis et de lésions vésiculeuses actives.

c. p. k. Croûte parakératosique contenant, outre les noyaux de cellules épidermiques cornées, des noyaux de cellules migratrices mononucléaires dans un reste de vésicule desséchée.
o. c. Orientation verticale des cellules épidermiques dans la vésicule du pityriasis rosé.

Planche II, fig. 2. — Montrant à leur maximum d'intensité les lésions du pityriasis rosé de Gibert. Grosssissement : 180 diamètres.

c. v. Cavité vésiculaire contenant des boules séreuses non fusionnées et des cellules mononucléaires.
A la gauche de cette vésicule remarquer l'épiderme en état spongoïde.
v. f. Vésicule fermée en exfoliation.
b. s. Bloc séreux coagulé qui va être éliminé par la rénovation de l'épiderme corné au dessous de lui.
s. p. Spongiose ou état spongoïde sous l'épiderme corné.

COURS DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE DES MALADIES DE LA PEAU

3e Article.

APPLICATIONS DES MÉTHODES ASEPTIQUE ET ANTISEPTIQUE.

Après avoir éliminé provisoirement de notre étude les infections propres de la couche cornée, nous sommes en mesure, grâce à ce qui précède, d'établir et de comprendre les règles fondamentales du traitement d'un certain nombre de dermatoses parasitaires où les méthodes aseptique et antiseptique sont employées d'une manière continuelle. Non que le traitement de ces infections ne comprenne d'autres moyens relevant d'autres méthodes et en particulier de la méthode réductrice : mais ces moyens s'appliquent à des cas particuliers. En suivant les règles que nous avons posées plus haut, le praticien ne commettra pas les fautes que l'on voit commettre tous les jours, auxquelles sont dues la persistance, parfois même la gravité d'affections bénignes, dans leur début, quand elles sont soignées correctement.

Je ferai remarquer que je laisserai de côté beaucoup de procédés indiqués ailleurs. Je désire simplifier et non compliquer, ne pas ajouter ma thérapeutique à celle des autres auteurs, mais chercher à établir une thérapeutique constituée par ce qui est le meilleur dans tous ; je crois qu'une des difficultés de la thérapeutique dermatologique vient du nombre des moyens employés. Le temps est venu de retrancher ceux qui n'ont qu'une valeur historique et qui encombrent les livres et la mémoire du médecin.

A vouloir laisser de côté une foule de moyens inutiles, on peut sans doute oublier involontairement des procédés utiles, je les ajouterai quand je les aurai étudiés personnellement et reconnu leurs avantages; sauf de rares exceptions, je recommanderai ceux que j'ai employés avec succès. Pour les autres, j'indiquerai les auteurs responsables (1).

Enfin, dans ce qui suit, on trouvera rarement des formules nouvelles, je pense encore que n'avons que trop de formules à notre disposition, je voudrais en supprimer et non en ajouter.

On peut comprendre que la tâche que je m'assigne est difficile à remplir : on ne s'étonnera pas de la trouver parfois imparfaitement remplie ; quelques-uns peut-être me sauront gré de l'avoir entreprise et c'est pour eux que j'écris.

(1) On s'étonnera certainement de voir passer sous silence des procédés qui sont cités partout et dont certains médecins auront cru obtenir de bons résultats. Voici, par exemple, l'emploi de la vaseline boriquée dans l'impétigo. Nombre d'impétigos sont très bénins, et guérissent quand on applique de la vaseline boriquée à leur surface. Certains croient que cette préparation a guéri l'impétigo ; en fait l'impétigo a guéri malgré la vaseline boriquée. Il en est souvent ainsi en dermothérapie. Les méthodes qu'on doit employer régulièrement doivent convenir *aux cas graves et difficiles* comme aux cas simples. A cette seule condition on peut indiquer des procédés ayant une valeur générale.

IMPÉTIGO.

Le mot impétigo n'a pas encore un sens unique pour tous les dermatologistes : Unna fait de l'impétigo un groupe où il comprend la plupart des infections les plus superficielles, vésiculeuses, bulleuses et pustuleuses de la peau.

Sabouraud, se fondant sur les caractères anatomo-cliniques indiqués par Tilbury Fox et admis généralement en France, décrit l'impétigo comme une infection à réaction séreuse initiale, due au streptocoque ; pour lui l'impétigo staphylococcique de Bockhart est une « porofolliculite ». S'il est exact que toutes les infections classées par Unna dans le groupe impétigo sont liées uniquement au streptocoque et au staphylocoque, on peut, comme nous allons le faire, admettre la manière de voir de Sabouraud.

Impétigo aigu. — Nous appellerons donc impétigo une dermatose superficielle, aiguë, auto-inoculable, susceptible de persister sur les téguments par l'apparition de foyers successifs, souvent récidivante, se révélant par des vésicules et des phlyctènes plates à progression excentrique, qui aboutissent rapidement à la formation de croûtes sérofibrineuses. Cette dermatose se développe de préférence sur des peaux fines, aussi l'observe-t-on surtout chez l'enfant et surtout à la face. Ainsi défini, l'impétigo est dû à la germination du streptocoque : souvent l'infection staphylococique des cavités séreuses amène la formation de pus et modifie l'aspect clinique, surtout dans les régions pilaires (cuir chevelu). L'affection est contagieuse et parfois même épidémique. Les éruptions, à leur début, s'accompagnent souvent de quelques troubles généraux, d'un peu de fièvre, et, pendant leur cours, on voit se développer des adénopathies qui persistent parfois après l'impétigo.

L'élément anatomique essentiel de l'impétigo est donc une vésicule, une phlyctène aplatie. A son début, elle est constituée par de petits lacs séreux, situés au contact les uns des autres, développés dans les parties superficielles du corps muqueux. Soulevant la couche cornée, les formations cavitaires se confondent et forment une cavité unique en forme de coupole abaissée, couverte d'une couche cornée très mince, contenant un liquide sérofibrineux, très peu de leucocytes (polynucléaires) ; le fond est formé par le corps muqueux. La croûte qui se forme ultérieurement est due à la coagulation du liquide contenu dans la cavité (1).

Il est très difficile de trouver des streptocoques dans les phlyctènes par l'examen direct. Pour les mettre en évidence, il faut aspirer le contenu

(1) V. Sabouraud. *Impétigo.* Pratique dermatologique, t. II, p 856.

séreux des phlyctènes dans une pipette, ajouter un centimètre cube de bouillon peptone neutre et un centimètre cube de sérum, fermer la pipette, laisser à l'étuve à 37°. Au bout de 24 heures, des streptocoques se sont développés dans le liquide.

Les complications de l'impétigo sont dues parfois à la pénétration du streptocoque en profondeur, mais surtout à la végétation staphylococcique secondaire, facilitée par la persistance des sécrétions à la surface de la peau. Le traitement devra avoir pour but essentiel de supprimer ces sécrétions en les absorbant ou en les desséchant.

1° *Traitement des vésicules et des phlyctènes.* — Suivant les règles de la méthode aseptique, on peut se contenter d'ouvrir les vésicules et les phlyctènes aux ciseaux et d'abraser largement la couche cornée qui forme leur toit. La cavité séchée au coton, on applique une pâte épaisse; dans les cas très aigus, on fera un pansement demi-humide, aseptique, avec larges applications de pâte autour des lésions lésées. Chaque jour ou deux fois par jour, on doit nettoyer, enlever la pâte par de l'huile ou de la vaseline, *essuyer de suite*, appliquer à nouveau de la pâte (1). Dans des formes très aiguës, avec érosions profondes chez un enfant de quelques mois, j'ai employé le glycérolé d'amidon avec 1/3 d'oxyde de zinc, qui permet les nettoyages faciles à l'eau tiède. Les pommades, les graisses molles, sont, je le répète une dernière fois, dangereuses, à cette période.

Ce traitement fondamental ne suffit pas ; dans les formes extensives il est utile d'appliquer un traitement antiseptique et de faire, *dans l'intervalle des applications de pâtes ou de pansements*, des badigeonnages actifs sur les érosions.

De tous les agents, le meilleur est, d'après mon expérience personnelle, le nitrate d'argent à 1 p. 10 ou à 1 p. 20. On frotte les érosions artificielles consécutives à l'ouverture des formations cavitaires avec une pince armée de coton trempé dans la solution ; on couvre d'une pâte. Quelques attouchements répétés chaque jour amènent une guérison rapide.

J'ai employé également l'acide picrique à 1/200, l'eau d'Alibour forte.

Sulfate de zinc	7 gr.
Sulfate de cuivre	2 gr.
Camphre............................	*à saturation.*
Eau	200 gr.

(*Filtrer avant de se servir de cette solution*)

2° *Traitement des croûtes.* — Les croûtes seront enlevées par des pulvérisations, de préférence à tout autre moyen ; si celles-ci sont

(1) Les poudres sur les lésions d'impétigo, comme sur les folliculites superficielles, peuvent être dangereuses et amènent la multiplication des foyers. On peut expliquer ce fait en admettant qu'elles produisent une dessiccation superficielle trop énergique et que la couche cornée, humide, d'abord, devenant imperméable par coagulation du sérum qui l'imprègne, la végétation microbienne se fait d'une manière plus intense.

impossibles, on appliquera pour les ramollir des cataplasmes de fécule ou des ouataplasmes, puis on touchera les érosions sous-jacentes avec du nitrate d'argent. Dans les cas sérieux, on prescrit cinq, six fois par jour des lotions prolongées avec de l'eau d'Alibour tiède, au tiers.

Sulfate de zinc........................	7 gr.
Sulfate de cuivre.....................	2 gr.
Camphre..............................	*à saturation.*
Eau..................................	200 gr.
Filtrer, ajouter eau.................	400 gr.

Autour des éléments, on appliquera de la pâte en permanence, et sur les lésions débarrassées de croûtes des pansements demi-humides aseptiques.

S'il existe une infection secondaire, s'il se forme du pus, si les croûtes sont d'un jaune clair et non d'un jaune doré comme dans l'impétigo streptococcique pur, on pourra faire des lotions antiseptiques faibles, par exemple de sublimé à 1 p. 5000.

Impétigo chronique et dermite post impétigineuse.—La poussée aiguë terminée, il reste quelquefois des foyers inflammatoires rouges, parfois même végétants, surtout dans les régions de contact. Le nitrate d'argent en solution à 1 p. 50, 1 p. 20 convient aux formes végétantes, mais lorsqu'il existe surtout de la rougeur, sans saillies, on est conduit à faire un traitement réducteur, à employer en particulier l'oxyde jaune de mercure et l'huile de cade : on fait, par exemple, appliquer matin et soir une couche de la pommade :

Oxyde jaune de mercure...............	5 gr.
Huile de cade........................	10 gr.
Vaseline jaune.......................	85 gr.

Ou une pâte au soufre et au cinabre ;

Soufre précipité......................	2 gr.
Sulfure rouge de mercure..............	1 gr.
Oxyde blanc de zinc..................	6 gr.
Vaseline jaune.......................	10 gr.

Dans les plis où il s'est développé, l'impétigo peut donner lieu des *érosions* et à des *fissures* persistantes ; on les badigeonnera au nitrate d'argent, à l'huile de cade pure, puis on appliquera une pâte pour dessécher, avec poudrage consécutif.

L'impétigo des mains se rapproche déjà de l'ecthyma ; il se présente sous forme de phlyctènes isolés, et n'a en général ni l'acuité, ni la facilité d'extension de l'impétigo facial. Les formes aiguës et exten-

sives constituent ce que j'ai décrit avec M. Hallopeau sous le nom de *phlycténose streptogène* (1). Elles sont souvent confondues avec l'érythème polymorphe ; j'ai vu l'erreur commise par des dermatologistes de profession. Je rappelle qu'on ne trouve pas simultanément de lésions du cou, de la bouche et que les éléments évoluent successivement, non simultanément. Dans ces types cliniques, on se bornera à ouvrir les phlyctènes, à cautériser au nitrate d'argent et il suffira d'oblitérer chaque élément avec une rondelle d'emplâtre simple ou d'emplâtre rouge ou à l'oxyde de zinc. S'il se forme du pus, pulvérisations, badigeonnages à l'alcool phéniqué à 10 p. 100, application de pâtes.

L'impétigo disseminé du cuir chevelu est surtout lié à la phtiriase. Des croûtes épaisses s'accumulent dans la tête ; on les fait tomber par des pulvérisations, ou même, s'il n'y a pas de pus en abondance, par l'application d'un bonnet de caoutchouc, deux ou trois heures. Lotionner ensuite à l'eau bouillie, à l'eau d'Alibour étendue, à l'eau résorcinée à 1 p. 100. Applications de pâte lorsque les cheveux sont courts. Chez la femme, lotions répétées, avec dessiccation exacte de la surface dans l'intervalle.

L'impétigo du corps est presque toujours dû à la gale. Dans les cas légers et moyens, on frottera le malade malgré l'impétigo, et la frotte suffira à amener la guérison. Dans les cas très intenses, on traitera d'abord l'impétigo, suivant les cas, par des pulvérisations, ou des lotions, même des bains dans les formes étendues, avec applications de pâtes entre les lésions et on touchera les lésions sous-jacentes aux croûtes au nitrate d'argent (1 p. 10), à l'acide picrique (1 p. 200), à l'eau d'Alibour étendue.

Impétigo pemphigoïde des enfants (2). — *Synonymie : Pemphigus aigu des enfants.*

Cette affection se développe chez des nouveau-nés, de la première à la deuxième semaine, sous forme de bulles claires, souvent extrêmement nombreuses. Elles peuvent au bout de quelques jours devenir purulentes, parfois le liquide devient hémorragique, ou bien elles se dessèchent et forment des croûtes épaisses. L'affection est contagieuse, épidémique, et s'observe surtout dans les maternités. Parfois elle est grave, il existe des signes d'infection générale, des troubles gastro-intestinaux, de la broncho-pneumonie, et la mort en est la suite.

(1) Hallopeau et Leredde. Traité pratique de Dermatologie, p. 336.
(1) Hallopeau et Leredde, Tr. prat. de Dermat., p. 365. *Dermatose bulleuse contagieuse des nouveaux-nés.*

En l'absence de documents définitifs sur la bactériologie de cette affection, nous pensons qu'elle se rapproche de l'impétigo streptogène, qu'elle est due au même parasite, et, le cas échéant, nous conseillerons de la traiter comme celui-ci dans ses formes étendues.

Traitement général. — Les enfants atteints d'impétigo récidivant présentent souvent les attributs du tempérament lymphatique, les chairs molles, blanches et épaisses. On imposera la vie au grand air, des promenades prolongées, des exercices physiques, l'aération nocturne, le séjour au bord de la mer, sur les plages du Nord de préférence à la Bourboule, à Uriage, les frictions alcooliques quotidiennes. Si l'huile de foie de morue est bien supportée, elle pourra être prescrite à la dose de une à trois cuillerées à bouche par jour. L'iodure de fer peut servir de succédané.

IMPÉTIGOS SECONDAIRES.

Les lésions d'impétigo secondaire (*impétiginisation*) se développent à la surface des lésions cutanées de tout ordre, suintantes (dermatites artificielles, eczémas, surtout à la face) ou prurigineuses (prurigo surtout).

Elles se caractérisent par la présence de formations croûteuses, molles, souvent épaisses, dans les dermatoses suintantes, parfois sèches, dures dans le prurigo de Hebra. Nous n'entrerons pas dans une description minutieuse, ni dans les discussions théoriques auxquelles peut donner lieu l'impétiginisation. Elle a une grande importance au point de vue pratique. Mais il n'est pas nécessaire de s'étendre longuement sur le traitement, après toutes les généralités que nous avons écrites sur les infections de la peau. Ce traitement doit être des plus simples, mais fait avec le plus grand soin : le succès dépend de l'observation minutieuse de tous les détails, dans les nettoyages et les pansements. Avant de traiter une dermatite artificielle, un eczéma aigu, un prurigo présentant des croûtes, il faut *toujours* faire l'asepsie superficielle de la peau. Les pulvérisations, les pansements demi-humides à l'eau bouillie, suffisent à limiter l'infection secondaire, il n'y aura pas d'inconvénient, en dehors de l'eczéma aigu récent, à appliquer de suite des pâtes. Au bout de deux ou trois jours de ce traitement, on peut considérer que l'asepsie est suffisante et ne plus se préoccuper de l'impétiginisation dans la thérapeutique locale.

Si le corps est envahi d'une manière étendue, on donne au malade des bains quotidiens, en ayant soin d'appliquer une pâte sur les régions non malades. Sabouraud prescrit des bains contenant de 1 à 7 gr. de sulfate de cuivre par litre, dans les prurigos de Hebra étendus avec impétiginisation.

ECTHYMA

L'ecthyma est une lésion streptococcique de la peau qui se développe sur les régions déclives du corps chez des individus dont la nutrition générale est mauvaise, et qui, commençant par une phlyctène identique à celle de l'impétigo streptogène, aboutit à une ulcération épidermodermique, irrégulière, entourée d'une aréole lymphangitique inflammatoire. Cette ulcération irrégulière est couverte de croûtes, et remplie d'un liquide séro-purulent. Elle guérit en laissant une cicatrice indélébile. Les lésions d'ecthyma sont presque toujours multiples : l'*autoinoculabilité est évidente* et les pansements devront avoir, en particulier, pour but d'empêcher la multiplication des éléments par l'isolement de ceux qui existent.

Nous n'insisterons pas sur les caractères anatomiques essentiels, car ils sont identiques à ceux que nous avons indiqués pour l'impétigo ; l'ecthyma est un impétigo à tendance ulcéreuse, lié aux conditions anatomiques et biologiques des régions où il se développe, déterminé par l'infection streptococcique, mais également par les infections secondaires.

Le traitement de la période phlycténulaire est exactement celui qui a été indiqué pour l'impétigo.

Les ulcérations d'ecthyma occupant presque exclusivement *les membres inférieurs avec ou sans état variqueux*, on imposera au malade, dès le début, la position horizontale au lit ou sur une chaise longue.

Dans les cas les plus bénins, on enlèvera les croûtes par la curette ou par une pulvérisation. Toutes les phlyctènes claires seront ouvertes, cautérisées au nitrate d'argent à 1 p. 20 et pansées avec une pâte simple. On nettoiera les ulcérations par les solutions que nous indiquerons plus loin et on couvrira d'une emplâtre simple ou d'un emplâtre à l'oxyde de zinc. Ce moyen suffit à empêcher les inoculations, mais les emplâtres constituent un très mauvais procédé de pansement de l'ulcération ecthymateuse, et si celle-ci tend à ne pas guérir, à cause du pansement incorrect, on changera de traitement. Je préfère, pour ma part, après nettoyage des ulcérations, les panser et les couvrir de gaze aseptique maintenue autour de l'ulcération par une colle de zinc.

Lorsque les lésions sont très nombreuses, on peut faire, pour enlever les croûtes et nettoyer les ulcérations, des pansements humides avec application de pâte sur la peau saine (v. *Méthode aseptique*).

Dans les cas aigus et sérieux, non seulement par la multiplicité des éléments, mais surtout par la tendance extensive et térébrante de chacun d'eux, on appliquera la technique suivante :

Les croûtes enlevées (*ubi suprà*) on fera des lavages des plaies à l'eau bouillie, à l'eau bicarbonatée, à l'eau boriquée : on pourra essayer

les badigeonnages au nitrate d'argent ou à l'eau d'Alibour, puis on pansera, avec une poudre absorbante, par exemple, un mélange de talc, de terre fossile, d'oxyde de zinc :

Talc	10 gr.
Oxyde de zinc	5 gr.
Terre fossile	3 gr.

On appliquera de la pâte autour des ulcérations et on pansera à la gaze maintenue par une colle de zinc.

Dans les formes persistantes où les ulcérations ne s'étendent pas, mais ne tendent pas à guérir, il faudra modifier le derme, on fera des lotions à l'eau chloralée (1 p. 100), à l'eau phéniquée (2 p. 100), au sublimé (1 p. 200) et même à l'eau oxygénée au quart, à la liqueur de Labarraque pure ou étendue, au vin aromatique, à l'alcool camphré. Le pansement sera fait au moyen de poudre de bicarbonate de soude, de ratanhia, de quinquina, toujours maintenue par une gaze *très légère* et de la colle de zinc.

L'ecthyma s'observe assez souvent chez des galeux ; à moins d'une intensité anormale, on fera d'abord la frotte, puis on traitera l'ecthyma.

On devra toujours s'occuper de l'état général du malade, le suralimenter, relever ses forces par tous les moyens possibles.

Le traitement régulier de l'ecthyma constitue le principe fondamental de la prophylaxie des ulcères variqueux et nous aurons à en reparler lorsque nous étudierons ceux-ci.

FOLLICULITES SUPERFICIELLES.

L'infection staphylococcique aiguë des orifices pilo-sébacés se traduit par la formation de *pustulettes miliaires*, isolées les unes des autres, *centrées par le poil* et qui sont parfois le point de départ d'infections plus profondes, du sycosis et du furoncle, parfois d'abcès dermiques aigus chez les enfants. Le type de ces « porofolliculites » se trouve dans les folliculites artificielles que provoquent l'emplâtre de thapsia, les autres emplâtres plus rarement, des antiseptiques irritants, par exemple l'iodoforme et le salol. On les observe chez les blanchisseuses, à la face dorsale des mains, après une épilation, sur la lèvre supérieure chez l'homme, à la suite d'un coryza prolongé, sur les grandes lèvres et la région cutanée adjacente à la suite d'une vulvite chronique.

Il est à peu près impossible dans ces folliculites d'ouvrir les pustules lorsqu'elles siègent sur les régions glabres, vu leur nombre; d'autre part, il est impossible de nettoyer complètement les cavités. Dans les cas bénins et par exemple dans les pustulations médicamenteuses, on appliquera une couche de pâte de Lassar :

Vaseline		
Lanoline	aa 10 gr.	
Oxyde de zinc	aa 10 gr.	
Amidon		

recouverte d'une grande quantité de poudre; puis au bout d'un jour ou deux, dès qu'il y aura de l'amélioration, une pâte contenant de l'acide salicylique, de la résorcine, du calomel :

Acide salicylique	1 gr. 50
Résorcine	0 gr. 50 à 2 gr.
Calomel ou oxyde jaune de mercure.	0 gr. 50 à 1 gr. 50
Amidon	aa 12 gr.
Oxyde de zinc	aa 12 gr.
Vaseline	25 gr.

ou une pâte soufrée dont on surveillera l'effet :

Soufre précipité	4 gr.
Oxyde de zinc	6 gr.
Terre fossile	2 gr.
Axonge benzoïnée	28 gr.

Dans les cas aigus, où les pustules se multiplient rapidement, on appliquera des pansements demi-humides d'eau bouillie ou de sérum physiologique, ou de la solution suivante (Hallopeau) :

Acide borique	10 gr.
Acide salicylique	5 gr.
Borate de soude	11 gr.
Eau	1000 gr.

de la pâte autour des éléments, et entre eux s'il est possible.

On pourra faire des lotions répétées, tièdes, avec de l'eau d'Alibour au 1/3.

Les pustules consécutives aux épilations seront traitées par des lotions d'alcool boriqué à suturation et l'application de pâtes simples.

Dans les pustulations qui se dévèloppent sur des lésions d'intertrigo, sans eczématisation associée, Sabouraud fait d'emblée des frictions avec du coton hydrophile imprégné du mélange :

Teinture de benjoin	10 gr.
Teinture d'iode	10 gr.
Alcoolat de lavande	20 gr.

Acné nécrotique

Cette affection a eu des noms multiples : (acné pilaire: Bazin, rodens : Leloir et Vidal, acné à cicatrices déprimées : Besnier et Doyon) ; elle est constituée par une inflammation occupant l'épiderme et ayant pour centre l'insertion des follicules pileux, aboutissant à la formation d'une escarre, qui laisse elle-même une cicatrice dé-

primée définitive (1). On l'observe surtout au front; mais elle peut s'étendre au cuir chevelu, aux autres régions de la face et même au tronc.

La lésion élémentaire forme une tache saillante d'un rouge sombre, dont la partie centrale est occupée par une croûte jaune, molle ; cette croûte épaisse est difficile à enlever ; elle forme le toit d'une dépression cupuliforme. La croûte se dessèche rapidement et devient dure, son élimination est très lente, très difficile et laisse une cicatrice irrégulière, blanche, varioliforme.

L'affection évolue irrégulièrement par poussées.

Sabouraud a démontré que les lésions sont dues à une infection locale par le staphylocoque doré, sur la peau infectée chroniquement par le microbacille de la séborrhée.

Le traitement doit être fait avec énergie au moment des poussées et dans l'intervalle, pour éviter la multiplication des lésions actuelles, ou le développement de lésions nouvelles.

Sur les lésions en activité on fera des applications de pommades, de lotions ou de pâtes soufrées, suivant l'irritabilité des tissus. Dans un cas récent, j'ai employé des pulvérisations, destinées à ramollir les croûtes, suivies de curetage, pour enlever celles-ci, sans empiéter sur la bordure ; les foyers nécrotiques ouverts étaient pansés avec la pâte suivante :

Amidon	6 gr.
Soufre précipité	3 gr.
Cinabre	1 gr.
Vaseline	10 gr.

Il n'y a que des avantages à faire le curetage, car on diminue ainsi le temps nécessaire à la cicatrisation; celle-ci se fait régulièrement, l'escarre étant enlevée.

Au traitement soufré on peut substituer le traitement par les préparations à l'oxyde jaune de mercure (1 p. 40-1 p. 20), au calomel, au turbith (mêmes doses).

Dans les formes à extension rapide, on peut, comme le fait Besnier, cautériser chaque élément *naissant* au galvanocautère. Les cautérisations seront suivies de pulvérisations destinées à faire tomber rapidement les croûtes.

Dans l'intervalle des poussées, il convient de faire un traitement antiséborrhéique, par le soufre, l'ichtyol, les mercuriaux ; au besoin de faire exfolier la peau par la pâte résorcinée d'Unna. Le traitement interne doit être dirigé surtout contre les troubles digestifs, fréquents chez les malades atteints d'acné nécrotique, sous forme de fermentations gastro-intestinales (2). (*A suivre*).

E. L.

(1) **Sabouraud. *Ann. de Derm et de Syph.*, 1899, p. 841.**

(2) **Articles suivants :**
Traitement du furoncle, du sycosis, des balanites, du chancre simple, des dermatoses bulleuses infectées.

LA QUESTION DES INJECTIONS MERCURIELLES DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

3e Article

Traitement des accidents cutanés. — a) *Accidents secondaires.* — Ne voulant pas exposer dans ses détails le traitement de la syphilis, je n'insisterai pas sur la question, si importante soit-elle, de la direction générale du traitement au cours de la période secondaire ; il est du reste impossible de poser des règles absolues. En général, après avoir fait suivre un traitement très énergique pendant six mois, même un an, on peut prescrire un traitement beaucoup moins sévère les autres années, trois périodes de traitement hydrargyrique d'un mois, ou deux d'un mois et demi la seconde, deux périodes d'un mois la troisième et la quatrième année.

L'iodure de potassium, je le répète, ne me paraît avoir d'action que sur certaines lésions de la syphilis, et je ne le prescris que dans des cas particuliers. Pendant ces périodes de traitement le mercure pourra être administré sous toutes ses formes, injections insolubles hebdomadaires, pilules, solutions de sublimé et même frictions, ou injections solubles chez les malades que l'on peut surveiller de près. Dans un grand nombre de cas, le médecin trouvera des indications particulières qui le décideront dans un sens ou un autre; tels malades voyagent ou sont trop occupés pour pouvoir faire le traitement par frictions, même par injections sous quelque forme que ce soit ; chez d'autres des troubles gastriques feront renoncer aux pilules et aux solutions de sublimé, etc.

Chez un grand nombre de malades, les accidents cutanés de la période secondaire sont trop légers pour imposer une ligne de conduite spéciale. Très souvent ils amèneront le malade chez le médecin, et à leur occasion celui-ci fera exécuter une période ou deux de traitement mercuriel. Il faut bien savoir que malgré tous les avertissements donnés aux syphilitiques, la plupart de ceux-ci se soigneront toujours assez mal ; il faut beaucoup de fermeté de la part du médecin pour imposer aux malades de se soigner pendant quatre années de syphilis, en l'absence d'accidents ; beaucoup sont syphiliphobes pendant les premiers mois de la maladie, puis, la roséole terminée, deviennent indifférents, et pensent aux conseils qui leur ont été donnés seulement lorsqu'ils ont des accidents nouveaux.

En fait, par la force des choses, le traitement de la syphilis est presque toujours un traitement « opportuniste ».

Les accidents cutanés de la période secondaire peuvent être graves localement, et présenter de bonne heure des caractères qui les rapprochent de ceux de la période tertiaire: de véritables accidents tertiaires de la peau s'observent même dès la première année de syphilis ; d'autre part des accidents, même superficiels, peuvent être graves, soit par leur généralisation, soit par leur ténacité et leurs récidives. Certaines formes éruptives, telles les formes miliaires, folliculaires, sont des plus rebelles.

Toutes les fois qu'on aura affaire à des accidents de cet ordre, on devra encore pratiquer des injections mercurielles, soit insolubles, soit solubles, à doses croissantes, suivant les principes que j'exposerai tout à l'heure (v. *Traitement des accidents viscéraux*).

Les *accidents muqueux* de la période secondaire pourraient donner lieu aux mêmes considérations que les accidents cutanés. Ainsi chez des malades atteints de plaques muqueuses récidivant sans cesse (1), on pourra être amené à faire une ou deux périodes de traitement intensif, par l'huile grise à doses élevées (huit, dix centigrammes de mercure par semaine) ou même par le calomel.

b) *Accidents tertiaires.* A la période tertiaire, le traitement de la syphilis devient régulièrement un traitement opportuniste ; sauf exceptions, le malade ne réclame de traitement que lorsqu'il a un accident. Souvent même, nous rencontrons des malades qui viennent nous montrer des lésions de la peau et qui, de très bonne foi, déclarent n'avoir pas eu la syphilis, n'ayant pas observé les premiers accidents, ou n'y avoir attaché aucune importance ; quand on pousse l'interrogatoire, on apprend qu'ils ont eu un bouton à la verge, quelques plaques, rien du tout, disent-ils. Parfois le diagnostic est ambigu, le médecin soupçonne la nature syphilitique des accidents, sans pouvoir l'affirmer ; le traitement aura pour but de lui permettre de reconnaître la nature du mal avant d'en amener la guérison.

A coup sûr, s'il est des lésions de la syphilis qui cèdent au traitement hydrargyrique, ce sont certaines lésions tertiaires de la peau. Les gommes guérissent avec facilité, par tous les modes de traitement, de même que beaucoup de lésions tuberculeuses.

Cependant il faut savoir, dans les accidents tertiaires cutanés, manier les injections mercurielles, elles sont assez souvent *absolument nécessaires, surtout sous forme d'injections de calomel* (0. gr. 10 par semaine chez l'homme adulte).

Ces injections constituent d'abord un excellent moyen de diagnostic dans les cas ambigus. Une ou deux injections amènent, en huit ou quinze jours, une transformation telle que le diagnostic de syphilis s'impose. En second lieu, il est des formes de syphilis tertiaire de la

(1) Il faut ajouter ici : malgré la suppression du tabac.

peau absolument rebelles, et qui ne guérissent que par le traitement mercuriel le plus intense : je citerai un grand nombre de syphilides de la paume des mains et de la plante des pieds, les syphilides tuberculo-gommeuses en placards à évolution excentrique, certains types de syphilis de la face, que l'on confond avec le lupus tuberculeux. Dans ces formes, de même que dans un grand nombre de lésions de la langue, les injections de calomel s'imposent encore, à moins qu'on ne soit conduit à faire des injections solubles à doses très fortes, comme nous l'indiquerons tout à l'heure pour les accidents nerveux.

Traitement des accidents viscéraux. — La plupart des accidents viscéraux de la syphilis sont graves, en première ligne ceux du système nerveux. Nous savons maintenant, surtout depuis les recherches du Prof. Fournier, combien la syphilis nerveuse est commune ; les accidents nerveux sont même plus communs que ceux de la peau, si l'on y comprend le tabès et la paralysie générale qui se rencontrent 80 ou 90 fois sur 100 chez des syphilitiques. On peut même dire que la syphilis serait presque toujours, je ne dis pas toujours, une maladie bénigne, si elle n'avait pas de localisations nerveuses, et si la syphilis héréditaire n'existait pas. En fait les accidents cutanés et muqueux n'ont de gravité que chez les malades qui sont mal soignés. *Tous les accidents nerveux, au contraire, sont graves, et très souvent amènent des infirmités, définitives grâce à la destruction* **irrémédiable** *des cellules et des fibres nerveuses.*

Dans ce qui va suivre, je m'attacherai à étudier surtout le traitement des accidents nerveux par les injections mercurielles ; il sera ensuite facile pour le lecteur qui aura bien compris l'exposé que je vais faire d'appliquer les règles, que je vais poser, au traitement des autres accidents viscéraux.

J'ai étudié récemment cette question dans un travail publié par la *Semaine Médicale* ; je vais la traiter de nouveau, *les opinions que j'ai émises conduisant à modifier sur quelques points importants les théories classiques et la pratique courante.*

Ces opinions peuvent se résumer de la manière suivante :

La guérison des accidents syphilitiques par le mercure est due, non au mercure simplement, mais à une certaine quantité de mercure introduite dans l'organisme dans l'unité de temps, quantité variable du reste suivant les accidents. **Tel accident rebelle à une quantité A ne l'est pas à une quantité A+a, la quantité a pouvant être tout à fait minime.**

La nature du sel employé n'a aucune importance au point de vue de l'efficacité : nous devons seulement tenir compte de la quantité de mercure introduit dans l'organisme. Il n'y a d'autre

moyen de la connaître que d'employer les injections mercurielles. (V. *Revue pratique*, n° 1, p. 13).

Par suite, le traitement mercuriel dans les accidents graves de la syphilis ne doit être fait que par injections.

Les divers sels employés ne contiennent pas la même quantité de mercure, et ne peuvent être prescrits indifféremment à doses égales ; enfin, on peut, à l'occasion, élever systématiquement les doses de mercure introduites chaque jour dans l'organisme.

Comment soigne-t-on à l'heure actuelle, les syphilitiques atteints d'accidents nerveux ? En général, on employait il y a peu d'années, les frictions à la dose de 4, 6, 8 grammes par jour, c'est ce que font encore un grand nombre de neurologistes ; les injections solubles paraissent cependant entrer peu à peu dans la pratique courante. L'iodure de potassium est employé sans règles précises.

Mais, pour guérir des accidents nerveux, il ne suffit pas d'injecter du mercure sous la peau ou dans les muscles, *encore faut-il savoir quel sel employer et à quelles doses.* Souvent, on prescrit du benzoate à la dose d'un centigramme par jour, quelques-uns vont jusqu'à deux centigrammes, souvent du biiodure (quatre milligrammes à un centigramme), parfois du cyanure, du sublimé, ou même encore du peptonate de mercure. Les solutions de peptonate ne contiennent que 0,0022 de mercure par centimètre cube ! Chaque médecin préfère un sel dont il a l'habitude et le déclare volontiers supérieur aux autres. Quant aux injections de calomel, elles sont, en fait, peu employées chez les malades atteints d'accidents nerveux ; d'abord on craint de ne pas agir assez vite, puis l'injection de calomel a une mauvaise réputation, elle est entourée de légendes terrifiantes, et tout médecin, qui la pratique pour la première fois, ne se détermine qu'en tremblant un peu. Il n'y a pas longtemps que l'injection de calomel n'est plus officiellement proscrite. Presque toujours, un médecin qui aura à soigner un malade atteint d'accidents nerveux syphilitiques, et qui aura le courage d'injecter du calomel prendra le parti de n'injecter que cinq centigrammes au lieu de dix. Nous devons savoir gré aux syphiligraphes, en particulier au Dr Jullien, qui ont réussi à imposer les injections insolubles malgré les résistances.

En somme, je crois que les malades atteints d'accidents nerveux sont insuffisamment soignés.

Lorsque nous avons à traiter un malade chez lequel des lésions, à marche progressive, occupent les méninges, ou la profondeur du cerveau ou de la moëlle, nous devons toujours penser que les vaisseaux sont atteints et que, si nous n'intervenons pas, en quelques heures une artère peut être oblitérée d'une manière définitive, qu'un ramollisse-

ment incurable en sera le fruit, et que le malade deviendra infirme. s'il ne meurt pas, ce qui vaudrait souvent mieux. *Nous devons toujours agir le plus vite possible.*

En second lieu, l'étude de l'action du mercure sur les accidents cutanés, que nous pouvons suivre facilement, car ces accidents sont visibles, nous prouve que tous ne sont pas curables par les préparations mercurielles que nous employons tous les jours. Certains guérissent, quelle que soit la préparation employée, mais d'autres résistent à toutes et il est au Musée de Saint-Louis des moulages représentant des syphilides tuberculo-gommeuses de la peau de diagnostic incontestable et qui sont étiquetés : « Diagnostic impossible. Syphilis ? ayant résisté au mercure ». Depuis que nous faisons des injections de calomel, les syphilides rebelles de la peau sont exceptionnelles si elles existent encore. Mêmes observations pour les syphilides linguales. J'ai déjà expliqué à quoi était due cette action du calomel (V. *Revue pratique*, n° 2, p. 39) : je l'attribue purement et simplement à la résorption rapide d'une grande quantité de mercure. En présence d'accidents du système nerveux, souvent diffus, de lésions de sclérose, qui *à priori* doivent être rebelles au niveau des méninges ou des régions sous-jacentes comme elles sont au niveau de la langue, nous ne devons pas attendre que des accidents irréparables aient démontré que le traitement était insuffisant, mais agir de suite comme si nous avions affaire à des accidents rebelles de la peau, plus énergiquement même. *Nous devons toujours agir le plus énergiquement possible.*

Ceci doit-il conduire à traiter les accidents nerveux uniquement par les injections de calomel (*à dix centigrammes*) ? En aucune façon ; je crois au contraire que les injections solubles trouveront plus souvent que l'injection de calomel une indication formelle, mais à condition de modifier complètement les doses employées jusqu'ici. Je crois même que les injections de calomel peuvent être maniées plus énergiquement qu'on ne fait d'habitude.

Les syphiligraphes qui emploient le biiodure de mercure, le benzoate, le salicylate, tel autre sel, et le préfèrent à tout autre, ont peu à peu et sans s'en rendre compte introduit dans l'opinion médicale une doctrine, qui n'a jamais été formulée, mais dont on sous-entend tous les jours la vérité, celle de la valeur spécifique du sel. Ainsi, pour les ophtalmologistes, le biiodure paraît être un composé précieux qui guérit les accidents syphilitiques par le mercure qu'il contient, mais en outre par son action en tant que sel, supérieure à celle de tel autre. Il est vrai que certains syphiligraphes, préfèrant le cyanure ou le benzoate, n'admettent pas cette supériorité du biiodure et paraissent croire volontiers que le benzoate en tant que benzoate vaut mieux (je parle seulement de l'efficacité thérapeutique).

Inconsciemment, j'étais ainsi arrivé, pour ma part, à accorder au

calomel une valeur spécifique, en tant que calomel. Et je fus surpris un jour, en entendant une communication remarquable de M. A. Robin à la société de Thérapeutique, rapportant l'observation d'un cas d'iritis guéri par des injections de benzoate de mercure quotidiennes, de 0 gr. 05 centigrammes, après avoir résisté à une piqûre de calomel.

Après réflexion, je fus amené à penser que, *jusqu'à preuve absolue du contraire*, nous ne devions accorder aucune spécificité aux sels mercuriels, mais seulement à la quantité de mercure qu'ils introduisent dans l'organisme et à comprendre l'action parfois héroïque du calomel par la résorption rapide qui se fait dans les premiers jours et que j'ai indiquée déjà. Je compris également pourquoi les sels solubles sont en général moins actifs que les sels insolubles dans les accidents rebelles de la peau : *c'est simplement parce que, à quelques exceptions près, on les a toujours prescrits à doses insuffisantes.*

Injectons sous forme soluble des quantités de mercure plus considérables, nous verrons les injections de préparations solubles plus actives que celles de sels insolubles, *aux doses actuelles.*

Ici intervient une question fondamentale. Peut-être admettra-t-on comme logiques et simples, les idées que j'ai résumées plus haut, mais on se demandera, bien certainement, si cette théorie qui conduit à élever les doses de mercure n'expose pas les malades à des dangers redoutables. L'impression qui se dégage de l'étude du traitement mercuriel, exposé partout, c'est qu'entre les doses thérapeutiques et les doses toxiques il y a peu de différence, et à vouloir augmenter les premières, on voit apparaître le spectre de l'hydrargyrisme, accidents buccaux terribles, accidents cutanés, accidents généraux.

En y mettant quelque sang-froid, tous ces dangers ne paraissent pas bien grands. C'est une erreur de penser que les doses toxiques soient si voisines des doses thérapeutiques; cette erreur remonte à l'époque *où on ne dosait pas le mercure,* où on introduisait dans le tube digestif 0 gr. 10 centigrammes de protoiodure sans se préoccuper de ce qui pouvait être absorbé, où on frottait la peau avec 6 grammes d'onguent napolitain pour réussir à faire absorber quelques centigrammes de mercure métallique par l'organisme. Il n'est pas surprenant qu'on ait observé de temps à autre des accidents graves.

Mais nous avons vu que M. Robin a pu injecter à une malade une dose quotidienne de 0 gr. 05 centigr. de benzoate de mercure (0 gr. 022 milligrammes de Hg) pendant huit jours sans accident. M. Lemoine a déclaré au Congrès de médecine de Toulouse qu'il avait guéri des tabétiques et des paralytiques généraux en leur injectant chaque jour de 0 gr. 06 à 0 gr. 08 centigr. (0 gr. 035 milligr. de Hg) de benzoate de mercure ; et M. Lépine a dit à son tour avoir injecté 0 gr. 06 centigr, de bi-iodure par jour à certains syphilitiques (0 gr. 026 milligr.). Or, ni l'un ni l'autre n'ont fait mention d'accidents quelconques.

Les doses de calomel qu'on injecte communément (0 gr. 10 centigr. par semaine, soit 0 gr. 084 milligr. de Hg) sont bien inférieures à celles que je viens d'indiquer ; mais je dois rappeler que les premiers auteurs qui ont recommandé les injections de calomel ont prescrit jusqu'à 0 gr. 15 et 0 gr. 20 centigr. de ce sel par semaine (0 gr. 12 et 0 gr. 16 centigr. de Hg).

Ces quantités de benzoate, de biiodure, de calomel sont très supérieures aux doses que nous employons tous les jours en injections. Je ne parle ni des frictions, ni de l'ingestion, puisque, comme je l'ai fait remarquer déjà, nous ne savons pas, en prescrivant des frictions et des pilules, quelle proportion de mercure le malade absorbera réellement.

Les syphiligraphes manient donc le mercure à doses faibles. La grande majorité des lésions cutanées guérissent, en effet, sous l'influence de 0 gr. 10 et même de 0 gr. 05 centigr. de protoiodure chaque jour, d'une cuillerée à bouche de liqueur de Van Swieten, de frictions à la dose de 4 grammes par jour, d'une injection quotidienne de 0 gr. 01 centigr. (0 gr. 008 milligr. en Hg) de cyanure ou même de 0 gr. 01 centigr. (0 gr. 0045 décimilligr. en Hg) de benzoate, voire même de 0 gr. 004 milligr. de biiodure suivant la formule de M. Panas (0 gr. 0017 décimilligr. en Hg) ! *Nous avons pris l'habitude de prescrire le mercure à ces doses.* S'il s'agit de lésions viscérales, graves ou rebelles, on ordonne sans réflexion, *par tradition*, des frictions à la dose de 4 ou 6 grammes d'onguent napolitain par jour (? en Hg) ou des injections de sels solubles aux doses que nous avons indiquées plus haut et qui suffisent à guérir les lésions cutanées que nous observons journellement, *mais ne suffisent pas à les guérir toutes.* Et les neurologistes, dans le traitement des lésions graves, rebelles, se guident sur les bases adoptées par les dermatologistes pour le traitement des lésions cutanées faciles à guérir.

Il faut cependant penser que, lorsqu'il s'agit de lésions viscérales, nous devons chercher à agir autrement que lorsque nous avons à traiter des lésions cutanées, celles-ci n'ayant aucune gravité immédiate alors que, celles-là étant souvent des plus graves, nous devons *toujours* agir de telle manière que, *dans le moindre temps possible, nous aménions leur résolution complète.*

Je viens de dire que les doses de mercure que nous employons presque toujours ont été déterminées en se réglant sur les quantités qui suffisent à guérir des accidents bénins de la peau. Je puis indiquer une autre raison. Tous les syphiligraphes, en prescrivant le mercure, ont cherché et cherchent à éviter la stomatite mercurielle, accident pénible pour le malade et pour le médecin, et qui oblige à suspendre le traitement.

Il n'est pas douteux que la quantité de mercure absorbée joue un

rôle dans le développement de la stomatite : tel patient qui supporte, sans accident buccal, une dose déterminée ne peut supporter une dose plus forte.

Mais nous nous sommes déjà expliqué sur ce point ; la stomatite ne peut servir de mesure à l'intoxication mercurielle, puisqu'elle dépend de causes locales.

La stomatite mercurielle peut être évitée lorsqu'on emploie le mercure à doses élevées comme dans les cas où on l'emploie à doses faibles. Certainement elle aura d'autant plus de chances de se produire que les doses seront plus fortes, mais lorsqu'il sera indiqué d'y avoir recours, les précautions nécessaires seront prises avec une rigueur excessive, de façon à ne pas être obligé d'interrompre le traitement.

Le seul critérium que l'on doive adopter pour déterminer les doses maxima de mercure est fourni par les signes de l'intoxication mercurielle : la fièvre, la courbature, l'affaissement — phénomènes qui suivent assez souvent l'injection de 0 gr. 10 centigr. de calomel —, c'est-à-dire l'apparition d'accidents qu'on peut craindre plus graves que les manifestations spécifiques contre lesquelles on doit lutter (1) ; j'ajoute l'amaigrissement qui se produit chez les malades traités avec la plus grande énergie.

De ce qui précède, on peut tirer déjà quelques *conclusions pratiques* et proposer de modifier le traitement des accidents graves de la syphilis, d'élever systématiquement les doses, d'augmenter les quantités de sels solubles ou de calomel introduites dans l'organisme.

On pourra, comme MM. A. Robin et Lemoine, employer le benzoate de mercure aux doses quotidiennes de 0 gr. 05 à 0 gr. 08 centigr., ou comme M. Lépine le biiodure à la dose de 0 gr. 06 centigr. Préfère-t-on se servir de sublimé ou de cyanure, on se rappellera que ces sels contiennent plus de mercure, et doivent être administrés à doses presque moitié moindres que le biiodure ou le benzoate. J'ai récemment prescrit le cyanure à la dose quotidienne de 0 gr. 03 centigr.

En principe, lorsqu'on voudra donner le mercure à des doses aussi fortes que celles que je viens d'indiquer, il sera préférable de pratiquer des injections de sels solubles, puisqu'il sera facile d'arrêter l'absorption du mercure s'il existe une stomatite ou des phénomènes généraux d'origine toxique, ou si l'état urinaire est modifié par le traitement, de manière à obliger de suspendre celui-ci. Cependant, je ne serais pas étonné qu'on trouvât un précieux avantage à employer le calomel à la dose où on le prescrivait autrefois, de 0 gr. 15 ou 0 gr. 20 centigr. par semaine. Mais, au lieu de pratiquer une injection hebdomadaire, on pourrait en faire, par semaine, deux de

(1) Il faut, bien entendu, éliminer les cas où le malade présente une sensibilité anormale au mercure (hydrargyrie cutanée, par exemple), et ceux où l'état des vaisseaux ou du rein fournit une contre-indication à l'emploi de doses qui, à la limite de la toxicité pour un individu normal, deviennent toxiques par suite de conditions pathologiques.

0 gr. 07 ou 0 gr. 10 centigrammes chacune (1). On mettrait ainsi à profit l'action brusque, brutale du calomel, et il est certains cas, dans le tabès, par exemple, où il y aurait en principe avantage à faire de cette façon les injections de composés insolubles, les injections de préparations solubles constituant pour les malades un mode de traitement réellement onéreux. (*A suivre*).

E. L.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE & DE SYPHILIGRAPHIE

ANNÉE 1901

Syphilis (*suite*).

Syphilis méconnue. Lésions osseuses datant de 2 ans, par MM. GAUCHER et COYON. Séance du 15 avril.

La malade qui fait l'objet de cette observation est intéressante par l'erreur de diagnostic à laquelle elle donna lieu : des lésions spécifiques ayant été diagnostiquées et traitées comme lésions tuberculeuses.

La malade, âgée de 26 ans, ne présentait, il est vrai, aucun antécédent syphilitique ; le mari niait tout accident de son côté, et l'examen détaillé ne révélait aucune trace d'accidents spécifiques.

Deux ans auparavant, la malade avait été prise, brusquement, d'anasarque généralisée, rapidement disparue, mais suivie d'une tuméfaction de la région sterno-mastoïdienne gauche. Six mois après, elle se plaignait de douleurs dans le genou droit ; celui-ci se tuméfia bientôt, sans fièvre, et resta volumineux et douloureux à la marche et à la pression. On pensa à une tumeur blanche et on fit de nombreuses applications de pointes de feu, sans amélioration.

Peu de temps après, apparut sur la clavicule gauche une petite tuméfaction rouge qui s'accrut et s'ulcéra, le tout sans douleur. Enfin, en faisant un jour un léger effort, la malade sentit un craquement et ne put plus se servir de son bras.

Les auteurs l'examinèrent à ce moment-là ; malgré l'absence de tout

(1) J'ai essayé récemment la technique suivante : première injection de calomel à o gr. 10 centigrammes, la seconde, sept jours après la première, la troisième, six jours après la seconde, la quatrième cinq jours plus tard ; je n'ai pas encore rapproché davantage les injections ; en principe il me paraît y avoir là, une méthode des plus énergiques, et on peut surveiller de très près tous les effets utiles et les inconvénients du traitement.

antécédent, ils attribuèrent ces lésions multiples à la syphilis et portèrent le diagnostic d'infiltration gommeuse du sterno-mastoïdien, de fracture de la clavicule due à une gomme osseuse et d'arthropathie du genou produite par une infiltration gommeuse de l'épiphyse fémorale.

Le traitement mercuriel fut institué sous forme d'injections de 2 centigrammes de benzoate chaque jour ; au bout de 3 mois, on arriva à la guérison complète des accidents de la région sterno-mastoïdienne et du genou et à la production d'une pseudarthrose résistante et solide au niveau de la clavicule.

D. — Syphilis linguale.

Glossite dépapillante de modalité secondaire, entrant en scène dans la vingt-huitième année d'une syphilis, par A. Fournier. Séance du 6 juin.

Le malade présenté à la Société avait contracté la syphilis en 1873. Il avait présenté, à la suite, des accidents secondaires cutanés : syphilides papulo-croûteuses et ulcéreuses, puis 20 ans plus tard des accidents tertiaires graves : hémiplégie gauche et syphilides tuberculeuses, lorsqu'il présenta récemment, à la langue, malgré l'âge avancé de l'infection spécifique, une lésion d'ordre et d'aspect absolument secondaires : il s'agit d'une zone circinée annulaire, au niveau de laquelle toutes les papilles sont fauchées, encadrant un centre sain où toutes les papilles sont conservées. On note encore de la leucoplasie à la face interne des joues et des lèvres. L'apparition d'accidents linguaux semblables, d'aspect secondaire, est curieuse à noter, succédant à des accidents tertiaires indéniables.

M. Besnier émit à ce sujet cette opinion, que toute lésion buccale ou linguale quel que soit l'âge de l'infection spécifique, doit être tenue pour contagieuse et que le malade doit en être informé.

E. — Syphilis oculaire.

Atrophie syphilitique des nerfs optiques avec endartérites, par Galezowski. Séance du 7 mars.

Il s'agit d'un syphilitique chez lequel l'accident initial remontait à 18 ans et qui, depuis 5 ans souffrait, d'un affaiblissement très marqué de la vision ; l'examen ophtalmoscopique permit de reconnaître une atrophie optique accompagnée de péri-artérites et d'endartérites rétiniennes. Tous les accidents étaient dus à des thromboses occasionnées par une inflammation syphilitique des parois des vaisseaux dans les deux nerfs optiques. Au bout de 11 mois de cure mercurielle, l'acuité visuelle était sensiblement remontée.

F. — Syphilis du système nerveux.

Syphilis et parasyphilis en coïncidence. Syphilides gommeuses et paralysie générale, par A. Fournier et Gasne. Séance du 4 juillet.

Les malades atteints de tabès ou de paralysie générale progressive présentent rarement des manifestations cutanées ou viscérales syphilitiques franches, telles que des gommes. L'existence de celles-ci, chez la malade qui fait l'objet de cette observation, en même temps que de la paralysie générale,

est donc intéressante et cela d'autant plus que ce fut seulement l'existence des gommes qui permit d'établir l'origine spécifique de la paralysie : rien, dans les antécédents de la malade, n'aurait permis d'incriminer la syphilis. Mais sous l'influence du traitement mercuriel, on vit disparaître certains des accidents qui, par leur symptomatologie, appartiennent à la maladie parasyphilitique. C'est ainsi que la malade qui avait presque complètement perdu la parole vit s'améliorer considérablement l'état de son langage.

Comme le font remarquer les auteurs, cette observation est intéressante à un double point de vue : elle montre d'abord combien est délicate l'enquête destinée à déceler la syphilis dans la paralysie générale. Sans l'existence des gommes, coïncidence des plus rares, cette enquête eût été négative dans le cas donné.

Enfin elle montre la coexistence possible d'accidents syphilitiques typiques et de ce qu'on a pris l'habitude d'appeler accidents parasyphilitiques. Reconnaissant que certains de ces derniers cédaient au traitement, les auteurs se demandent « s'ils ne seraient point sous la dépendance de lésions spécifiques du système nerveux ? Ainsi s'expliquerait l'irrégularité apparente de l'action du mercure et de l'iodure ; ainsi, en tout cas, s'affirme la nécessité de les prescrire sans hésitation. » Au point où en est aujourd'hui la question des affections parasyphilitiques, ces conclusions présentent un intérêt tout particulier et sont à retenir. L. P.

Formulaire Thérapeutique

IV. — Les graisses.

Avant d'aborder l'étude des pommades, il nous parait nécessaire de passer rapidement en revue les différents corps gras qui entrent dans leur composition. Bien que sortant un peu du cadre de thérapeutique pratique qui est celui de ce formulaire, et empiétant quelque peu sur le domaine de la chimie, cette rapide étude est nécessaire : la connaissance de différentes propriétés de chacune de ces graisses permettra de s'adresser à telle d'entre elles suivant le but qu'on se propose d'atteindre.

* * *

Constitution chimique générale des graisses.

Rappelons d'abord quelques notions élémentaires de chimie organique ; les corps gras naturels sont, on le sait, des mélanges d'éthers trisubstitués de la glycérine, ou triglycérides, formés aux dépens des acides palmititique, stéarique et oléique, c'est-à-dire que dans la formule de la glycérine, $C^3 H^5 (OH)^3$, chaque radical OH est remplacé par un radical d'acide palmique, stéarique ou oléique, dondant respectivement $C^3 H^5 (C^{18} H^{33} O^2)^3$ (trioléine), $C^3 H^5 (C^{16} H^{31} O^2)^3$ (tripalmitine), et $C^3 H^5 (C^{18} H^{35} O^2)^3$ (tristéarine).

Le mélange de ces trois matières grasses, suivant des proportions variables, forme toutes les matières grasses naturelles qu'on rencontre chez les êtres vivants ; on y trouve parfois, en plus, quelques acides gras volatiles, qui donnent à ces matières grasses leur odeur particulière.

Suivant les proportions de tripalmitine, de trioléine et de tristéarine qui entrent dans la constitution des graisses, la consistance varie.

Lorsque la trioléine est en fortes

proportions et qu'il y a inversement peu de tristéarine et de tripalmitine, le mélange est liquide à la température ordinaire, et constitue une *huile*. Au contraire, lorsque la tristéarine domine et que la trioléine est rare, le mélange est solide et constitue une *graisse*.

*
* *

Graisses et huiles naturelles.

Les matières grasses naturelles sont, les unes d'origine animale, les autres d'origine végétale, ces dernières presque toutes à l'état d'huiles.

Les matières grasses animales sont au contraire pour la plupart solides et de beaucoup les excipients les plus employés pour la confection des pommades.

En première ligne, il convient de citer l'*axonge*: Elle est tirée de la panne ou épiploon du porc. En général, on se contente de la faire fondre et de la couler. Mais elle se rancit assez facilement à l'air, avec formation d'acides gras volatils. On admet que c'est l'enveloppe qui est surtout le siège de cette altération et l'on peut obvier à cet inconvénient au moyen d'un procédé spécial de préparation du Dr Veyrières, (communication orale) : La panne fraîche est coupée en petits morceaux et additionnée, par kilogramme, de 30 grammes de chlorure de sodium et de 30 grammes d'alun. On pile et on laisse en contact 5 ou 6 jours, puis on fait bouillir le tout dans de l'eau et l'on écume, ou bien on laisse refroidir, on enlève la croûte formée et l'on décante ; si l'eau n'est pas claire, on recommence.

Le procédé le plus employé pour éviter le rancissement de l'axonge consiste dans l'adjonction de benjoin, dans les proportions suivantes :

Axonge fondue.........	1 kilogr.
Teinture de benjoin....	5 gr.

Le mélange prend une légère odeur aromatique de benjoin et porte le nom d'*axonge benzoïnée*. Pour la confection d'une pommade qui ne sera pas utilisée dans un court délai, on devra toujours avoir soin de prescrire : axonge benzoïnée et non axonge pure ; celle-ci en rancissant donne naissance à des acides gras volatils qui peuvent être irritants pour une peau déjà malade et qui peuvent, en outre, agir sur l'agent médicamenteux incorporé à la pommade et le décomposer partiellement.

On peut également employer l'*axonge* stérilisée.

L'*œsypus* est une graisse de laine brute qui est peu employée en France ; en Allemagne, elle jouit de la faveur des dermatologistes et est employée couramment dans les formules d'Unna, de Tœnzer, de Rosenthal. On peut lui reprocher d'une part son manque de fluidité et d'autre part son odeur laineuse fort désagréable.

La *lanoline* est encore une graisse de laine, extraite du suint de mouton. C'est une combinaison d'acides gras (l'acide trioléique en très faible proportion) et de cholestérine. La lanoline un des plus précieux excipients en dermatologie. Elle jouit d'abord du grand avantage de ne pas rancir à l'air et d'être par conséquent inaltérable pendant un temps assez long. Elle est parfaitement miscible avec tous les autres corps gras ; elle est visqueuse, s'applique bien et donne beaucoup de corps aux pommades ; employée pure, sa viscosité est même un peu trop forte et en général on l'additionne d'une certaine quantité de vaseline ; elle jouit du pouvoir précieux d'être miscible à l'eau dans des proportions considérables et avec d'autant plus de facilité qu'on y aura ajouté de la vaseline ou de l'axonge.

Nous reviendrons sur ce sujet à propos des crèmes ; mais on comprend, dès maintenant, l'avantage offert par la lanoline, qu'on devra toujours choisir comme excipient d'une pommade lorsque l'agent médicamenteux à y incorporer est en solution. Ajoutons encore qu'elle est inodore, et l'on comprendra que ces nombreuses qualités expliquent la faveur dont la lanoline est l'objet.

A côté de l'œsypus et de la lanoline, il convient de citer encore toute une série de graisses de laine : l'*anaspaline*, la *lainine*, l'*alapurine ou adeps lanæ*, la *suintine*. Réservons seulement une mention spéciale à l'adeps lanæ dont Unna fait grand emploi dans sa thérapeutique. Elle a sur la lanoline l'avantage d'être d'un prix de revient un peu moins élevé ; au point de vue pharmaceutique elle a à peu

près les mêmes qualités de souplesse, d'onctuosité, de miscibilité à l'eau. Cependant, en France, elle n'est presque pas employée ; la lanoline peut du reste la suppléer dans toutes les formules.

Citons encore comme matières grasses animales solides la *moelle de bœuf* et le *blanc de baleine*, obtenu par la préparation de l'huile contenue dans la tête du cachalot, qui est employé pour la confection des crèmes rafraîchissantes, et qui entre dans la formule du cold-cream du codex.

Les huiles animales sont l'huile de morue et l'huile de dauphin.

L'*huile de morue* est tirée du foie de divers *gadus*. Elle renferme un peu de brome, de soufre et de phosphore, et plusieurs alcaloïdes en proportion minime. Elle est utilisée comme topique, en dermatologie, sous forme de badigeonnages ou plutôt sous forme d'emplâtres (emplâtre à l'huile de foie de morue de Vidal). On peut également, comme l'a proposé Veyrières l'employer sous forme de cérat, suivant la formule :

Huile de morue.......	300
Cire jaune...........	100

Pour *cérat sans eau*, auquel on peut ajouter du menthol, de l'acide phénique, du goudron etc...

L'*huile de dauphin*, préconisée par le Pr Guldberg et étudiée par C. Bœck (*Monatshefte f. prakt. Dermat.*, 1895, t. XXI) a une très grande puissance de pénétrabilité à travers la peau. Elle donne avec l'eau de chaux un excellent liniment ; elle dissout l'acide salicylique ; enfin Bœck a constaté qu'elle met un obstacle à la vie et au developpement des bactéries sous la peau, et a cherché, avec succès, dit-il, à utiliser cette propriété dans le traitement de l'acné vulgaire.

* * *

Les matières grasses végétales, sont nous l'avons dit, toutes des huiles, à l'exception du beurre de cacao.

Le *beurre de cacao* est une substance solide, rougeâtre, extraite des semences de cacao ; il sert, en pharmacie à la confection des suppositoires ; en dermatologie on l'emploie surtout pour la confection des pommades pour le cuir chevelu ou le visage de manière à les rendre plus fermes ; le type de ces dernières est la pommadine de Unna :

Beurre de cacao..........	20 gr.
Huile d'amandes... de 40 à	60 gr.
Essence de roses......	II gouttes

Les huiles végétales sont fort nombreuses ; citons : l'*huile d'olives*, l'*huile d'amandes douces* extraite des semences de l'Amygdalus vulgaris, variété dulcis, l'*huile de ricin*, l'*huile d'œillettes* extraite des graines du Papaver somniferum, l'*huile de palme*, extraite du Cocos butyracea, l'*huile de lin*.

En dehors de leur emploi à l'état pur pour ramollir des croûtes, ces huiles sont encore employées comme nous l'avons vu dans la confection des pâtes molles ; on les emploie également pour la confection des pommades, pour ramollir les graisses de laine souvent trop épaisses. Enfin, elles entrent dans la composition des liniments.

Citons, pour terminer, l'*huile de croton*, retirée des graines du Croton tiglium (Euphorbiacées). C'est une huile de couleur jaune miel, d'odeur âcre, employée en dermatologie comme révulsif ; appliquée à la surface de la peau, elle détermine une rougeur intense, du gonflement et de la pustulation.

En général, on l'emploie additionnée d'huile d'olives ou d'huile d'amandes douces.

* * *

Graisses et huiles composées.

Comme pour les graisses et huiles naturelles, nous trouvons ici des graisses et des huiles d'origine animale ou végétale.

Les graisses sont : la myronine, la molline, l'aleptine, la résorbine.

La *myronine*, proposée par Eggert a été étudiée par Neumann (*Monatshefte f. prakt. Dermat.* 1895 t. XXI). C'est une graisse légèrement aromatique, de couleur jaunâtre, très adhérente, de consistance analogue à celle du beurre : elle est donc à la fois très molle et très adhérente et peut donner d'excellentes pommades.

La *molline* est une graisse blanc-jaunâtre ou plutot une sorte de savon extrêmement surgras, étudiée par Kuhn et par Kirsten (*Monatshefte f.*

prakt. Dermat. 1886) qui en donnent la formule suivante :

Mélange de graisse périrénale et d'huile de coco très pures..	100 gr.
Lessive de potasse mélangée à très peu de lessive de soude.	40 gr.
Glycérine...........	30 gr.

Quant à la résorbine, et à l'aleptine de Vigier, ce sont des produits analogues, qui rendent de très grands services. dans la pratique courante.

Les huiles composées sont les *huiles de zinc,* c'est-à-dire un mélange, une préparation d'oxyde de zinc et d'une huile végétale. Citons l'huile de zinc de Lassar, dont la formule est la suivante :

Oxyde de zinc......	60 gr.
Huile d'olive.......	40 gr.

Veyrières a fait préparer en France, une huile de zinc à base d'huile de lin. Ainsi préparée, elle n'est plus du tout irritante comme l'est l'huile de lin ; malheureusement elle a souvent pris dans la préparation une odeur qui rappelle celle de l'huile de foie de morue. Elle renferme environ 4 à 5 pour cent d'oxyde de zinc.

* * *

Vaseline. Une place à part doit être faite à la vaseline, qu'il est d'usage de placer parmi les graisses, bien que sa constitution chimique soit toute différente. La vaseline ou pétroléine est en effet un mélange d'hydrocarbures, un composé d'huiles lourdes et de paraffine, provenant du résidu de la distillation des pétroles d'Amérique. On l'obtient en distillant les pétroles tant qu'ils fournissent des produits volatils, puis en oxydant le résidu à l'air libre, et en filtrant à chaud sur le noir animal. C'est une substance demi-solide, neutre, inoxydable, inaltérable à l'air. On en distingue deux variétés : la vaseline blanche qui est de beaucoup la plus employée en France, qui est la plus pure ; et la vaseline blonde ou américaine, qui serait moins irritante et à laquelle on peut incorporer plus facilement certains agents médicamenteux tels que l'huile de bouleau, l'huile de cade, etc...

La vaseline peut s'employer pure, comme excipient de pommade. On peut également l'associer à une graisse de laine. Un mélange très habituellement employé est le mélange par parties égales de lanoline et de vaseline. Les avantages de la vaseline comme excipient sont d'être neutre, de n'avoir aucune odeur, et d'être inaltérable à l'air et à la lumière, par conséquent de ne modifier en rien les agents médicamenteux qui y sont incorporés.

La vaseline liquide, ou huile de vaseline, également incolore, inodore et neutre est assez peu employée en dermatologie. Elle sert surtout comme véhicule pour les injections hypodermiques de sels insolubles.

Vasogènes.

A côté des vaselines, il convient de citer des produits qui jouissent d'une grande vogue en Allemagne, ou ils sont employés par un grand nombre de dermatologistes : nous voulons parler des vasogènes.

Les vasogènes sont des vaselines oxygénées, c'est-à-dire des carbures d'hydrogène imprégnés d'oxygène.

Leistikow qui les a étudiés et expérimentés (*Monatshefte f. prakt. Dermat.*, 1894, t. XIX) a trouvé qu'ils étaient des véhicules précieux, qui dissolvent la plupart des médicaments employés en dermatologie, et facilitent leur résorption rapide. On fabrique en particulier avec les vasogènes des vasogènes iodés, qui, au dire de leurs partisans, remplaceraient avec grand avantage la teinture d'iode et les autres préparations iodées, dans la pratique dermatologique, pour les frictions.

Nous n'avons pas pour notre part d'expérience personnelle des vasogènes, qui sont d'ailleurs absolument inemployés en France.

L. Pautrier.

Le Mans.— Imprimerie de l'Institut international de Bibliographie de Paris.—IV-1902, n° 975.

REVUE PRATIQUE
DES MALADIES CUTANÉES, SYPHILITIQUES ET VÉNÉRIENNES

COURS DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE DES MALADIES DE LA PEAU

4e ARTICLE.

APPLICATIONS DES MÉTHODES ASEPTIQUE ET ANTISEPTIQUE.

FURONCLE.

Le furoncle est une inflammation nodulaire, due au staphylocoque doré, développée dans le follicule pileux et autour de lui, aboutissant d'une manière normale à la mortification purulente du tissu dermique, qui constitue le *bourbillon*.

Il convient d'insister sur l'étiologie de cette affection : si le furoncle n'est pas en lui-même un accident bien sérieux, il peut être gênant par les douleurs vives qu'il provoque parfois, mais surtout ses lésions sont auto-inoculables et essentiellement récidivantes ; il importe de connaître leurs causes pour prendre les mesures prophylactiques propres à prévenir la *furonculose*.

Nous avons énuméré les conditions étiologiques des folliculites : toutes les folliculites peuvent être le point de départ de furoncles.

Ceux-ci s'observent surtout à la nuque, près de la limite du cuir chevelu, au niveau où le col empesé frotte sur la peau. L'état séborrhéique et hyperidrosique du tégument favorise leur développement d'une manière certaine. On rencontre souvent des furoncles à la suite de la gale, et chez des malades atteints d'affections prurigineuses persistantes.

Parmi les causes générales de la furonculose, il faut signaler : l'état de fermentation habituel des voies digestives, estomac et intestin, la congestion hépatique persistante, l'azoturie et le diabète. Les furoncles s'observent souvent dans la convalescence de la fièvre typhoïde et sont parfois le départ d'accidents cutanés graves, tels que des escarres.

Au début du furoncle, on nettoiera, on dégraissera la région malade par des frictions alcooliques quotidiennes, ou par des savonnages suivis de nettoyages à l'éther, puis on fera des badigeonnages réitérés à la teinture d'iode pure, limités à la saillie inflammatoire ; on peut souvent amener de cette manière l'avortement du furoncle. On peut

également faire pénétrer, dès cette période, une pointe de galvanocautère, assez profonde. La région sera enfin recouverte d'une couche de pâte, renouvelée matin et soir, après nettoyage à la vaseline.

Lorsque les lésions s'accroissent, le traitement à adopter dépend de l'acuité de l'inflammation. Celle-ci est-elle très intense, le furoncle se développe-t-il rapidement et est-t-il douloureux, on fera des pulvérisations, plusieurs fois par jour, avec de l'eau phéniquée à 1 ou 2 p. 100. Sur les furoncles de la face, on ne peut employer que l'eau boriquée. Dès que la saillie est nettement marquée, on a intérêt à inciser au bistouri, après anesthésie au chlorure d'éthyle, ou à la cocaïne. L'incision doit comprendre toute la surface occupée par le furoncle et pénétrer aussi profondément que les lésions inflammatoires. Dans les furoncles volumineux, on fera une incision cruciale. Puis on continuera les pulvérisations phéniquées ; dans l'intervalle on appliquera des pansements à l'eau bouillie, ou boratée, ou boriquée avec pâte autour du furoncle. Avant l'ouverture et après, les ouataplasmes constituent encore le moyen le plus pratique et le plus efficace de pansement, tant que dure la période inflammatoire.

A. Robin recommande d'introduire dans la cavité des furoncles, lorsque la régression n'est pas rapide, une couche de la pâte suivante :

Soufre sublimé....................	aa 10 gr.
Camphre pulvérisé.................	
Glycérine........................	q. s.

pour une pâte demi-liquide.

Dès que la tension des téguments aura disparu, dès que le pus sera évacué et qu'il n'y aura plus de croûtes, les pansements humides n'auront plus d'avantages, et on les remplacera par des pâtes.

Dans les furoncles à développement lent, peu ou point douloureux, la ponction centrale, *profonde*, au galvanocautère, est préférable ; elle ne laisse qu'une cicatrice insignifiante. A la suite, pansements demi-humides permanents, ou pulvérisations avec applications de pâte dans l'intervalle.

Ici, comme dans l'ecthyma, les emplâtres constituent un mauvais pansement, même dans les petits furoncles qui tendent spontanément à la guérison, où il n'est pas nécessaire de faire des pulvérisations et des pansements humides trop gênants pour les malades. On emploiera de préférence de petites rondelles de gaze aseptique, maintenues par un peu de colle de zinc sur les bords, renouvelées chaque jour. Cependant, il est des cas tellement bénins que les emplâtres eux-mêmes n'ont pas d'inconvénients. On se servira simplement d'emplâtres à l'oxyde de zinc, avec nettoyages à l'alcool le matin et le soir, en changeant l'emplâtre.

Traitement général. — Chez les furonculeux, on devra d'abord régler l'hygiène digestive. Nous insisterons plus tard sur le traitement

de la dyspepsie de fermentation gastro-intestinale, qui est si commune, à l'état latent ou non, chez les malades atteints de dermatoses; pour le moment, notons seulement que, dans le régime, il convient surtout d'éliminer les graisses, sous toutes les formes, de réduire la quantité de pain prise aux repas, de faciliter les évacuations intestinales (1). Si le malade est un obèse, gros mangeur habituel, dont le foie est développé, le meilleur purgatif paraît être le sel de Carlsbad, à la dose moyenne de cinq grammes le matin, pris deux ou trois fois par semaine. Les grands lavements froids de l'intestin trouvent souvent une indication.

Le traitement par la levûre de bière est devenu classique depuis les publications de Brocq. Elle ne donne pas de succès constants, mais il n'y a jamais d'inconvénients sérieux à l'essayer. Les résultats sont souvent remarquables, surtout dans les formes aiguës. Il faut se servir soit de levûre de bière fraîche, soit de l'extrait sec qui porte le nom de levurine. La levûre de bière sera prise de préférence chez les brasseurs ; la dose journalière est d'une à trois cuillerées à soupe pour un adulte ; on la prend au commencement du repas, dans de l'eau pure, de l'eau de Vichy ou de Vals.

Le soufre a été employé bien avant la levûre de bière et peut être utile dans un certain nombre de cas ; on peut employer les eaux sulfureuses, ou des cachets de soufre sublimé :

Soufre sublimé........................ 0 gr. 10
Camphre pulvérisé..................... 0 gr. 02
(A. Robin).

pour un cachet. Trois par jour.
ou de soufre ioduré à la dose de 0 gr. 10 centig. après le repas, ou du sulfure de lithium.

Enfin, l'état de la peau sera surveillé. Nous avons dit que les furonculeux étaient souvent des séborrhéiques : ceci conduit à prescrire soit des bains alcalins, soit des bains sulfureux, deux fois par semaine, par exemple, dans la furonculose du corps. A la nuque, siège de prédilection des furoncles, on fera faire des frictions quotidiennes avec une solution alcoolique telle que la suivante :

Cyanure d'hydrargyre.................. 1 gr.
Alcool à 70°.......................... 500 gr.

dans quelques cas même, on prescrira le traitement de la séborrhée grasse tel que nous l'indiquerons plus tard.

J'ai obtenu récemment, chez des malades atteints de furonculose récidivante de la nuque, la disparition de tous les accidents pendant une longue période de temps, par l'application à deux ou trois reprises de pâtes exfoliantes. Nous verrons bientôt quel est leur mode d'emploi.

(1) A. Robin et Leredde.— *Du rôle des dyspepsies dans la genèse de quelques dermatoses.* Bulletin de Thérapeutique, 1899, p. 450.

Les malades atteints de furonculose peuvent tirer un bénéfice d'une cure hydrominérale, soit aux stations sulfureuses, Uriage, Luchon, soit aux stations où l'on soigne les dyspeptiques gastriques et intestinaux, Vichy, Plombières, Châtelguyon.

Sycosis.

Employé seul, le mot *sycosis* s'applique aujourd'hui à l'infection staphylococcique des follicules pileux de la barbe et de la moustache ; cette infection, tantôt superficielle, tantôt superficielle et profonde à la fois, se révèle par de la rougeur, l'épaississement inflammatoire de la peau, souvent des nodules, isolés ou agglomérés ; la suppuration est un accident fréquent, tantôt sous forme de pustules péripilaires, tantôt de foyers intra et périfolliculaires identiques à ceux du furoncle, et dont l'évacuation superficielle est souvent très longue à se produire.

Les lésions, franchement inflammatoires au début, en général, parfois douloureuses, ont une durée longue, du fait des réinoculations qui se font de proche en proche, de la non évacuation des foyers inflammatoires et souvent des difficultés et des incertitudes de la thérapeutique. Elles peuvent passer à l'état chronique ; il se fait alors une infiltration diffuse de la peau, d'un rouge sombre, extrêmement rebelle.

Le sycosis reconnaît des causes locales ; infection de la muqueuse nasale dans le sycosis de la lèvre supérieure, infections superficielles de la peau classées sous le nom d'eczémas pilaires, — et des causes générales : celles-ci paraissent être à peu près les mêmes que dans la furonculose ; la dyspepsie de fermentation en particulier est commune.

Le nombre considérable d'agents et de procédés employés pour le traitement du sycosis démontre combien celui-ci est délicat. Pour mettre de l'ordre dans la question, je distinguerai plusieurs phases dans l'évolution de la maladie ; le traitement est tout à fait différent suivant les périodes.

1° *Période initiale et poussées aiguës.* — A la période initiale et lors des poussées aiguës, on suivra les règles de la méthode aseptique ainsi que celles de la méthode antiphlogistique (*ibi infrà*) et on commencera le traitement par l'application de pansements demi-humides, de ouataplasmes, de pulvérisations, de lotions émollientes ou astringentes. L'emploi de poudres est nuisible, d'après mon expérience, quand il y a des pustules en activité. Bien entendu, les surfaces seront au préalable débarrassées des croûtes. On coupera les poils courts aux ciseaux. L'épilation n'est indiquée qu'une fois la période inflammatoire aiguë passée et lorsqu'il existe des lésions déjà profondes tendant à devenir chroniques, ainsi qu'à la périphérie des lésions pour éviter leur extension graduelle ; faite trop tôt, au niveau des lésions, elle

peut provoquer des réactions locales; par contre on peut la pratiquer de bonne heure à la périphérie.

Les pustules peuvent être ouvertes à l'aide d'un scarificateur ; on fait ensuite des pulvérisations; enfin on peut sécher au coton et toucher le fond des pustules avec de l'alcool boriqué à saturation. On peut d'autre part essayer des lotions tièdes, des badigeonnages, soit avec de l'eau d'Alibour à 1 p. 10, soit avec une solution aqueuse d'ichtyol à 2 p. 100, soit avec une solution de résorcine dans l'eau à 2 p. 100.

Le plus tôt possible, et dès que l'état inflammatoire est un peu calmé et reste stationnaire, on appliquera des pâtes molles, par exemple du type suivant :

Huile d'olives	10 gr.
Eau distillée	20 gr.
Terre fossile	5 gr.
Adeps lanæ	5 gr.
Oxyde de zinc	5 gr.

(Leistikow).

Plus tard on passe aux pâtes plus absorbantes, celles de Lassar ou de Besnier, couvertes de poudre.

2° *Période tolérante*. — La guérison peut se faire alors, peu à peu, et même complètement, mais on arrive parfois à une période torpide où il faut agir autrement, sous peine de voir les lésions s'éterniser. La thérapeutique du sycosis exige alors la surveillance extrême du médecin, l'emploi d'agents actifs, mais leur suppression dès qu'une irritation se produit, l'apaisement de cette irritation avant la reprise du traitement actif : souvent il faut essayer plusieurs procédés avant d'arriver à la guérison. Le doigté du dermatologiste joue donc un rôle considérable dans celle-ci. Il n'est pas nécessaire d'employer un très grand nombre de moyens, mais chacun doit être employé d'une manière correcte, sous la forme physique nécessaire et aux doses nécessaires.

On peut se servir de préparations soufrées, goudronneuses, mercurielles, chrysophaniques et pyrogalliques.

Le soufre sera manié de préférence sous forme de pâtes appliquées la nuit, qu'on pourra alterner avec des pâtes de zinc simples le jour. On ajoutera un peu de carmin à celles-ci pour les colorer. On peut associer au soufre le naphtol B, ou bien la résorcine et l'acide salicylique : voici une formule due à Jessner :

Acide salicylique	4 gr.
Résorcine	4 gr.
Soufre précipité	4 gr.
Oxyde de zinc	4 gr.
Amidon	4 gr.
Vaseline	20 gr.

Leistikow emploie le goudron sous forme de pommade savonneuse.

Coaltar..............................	2 gr.
Ichtyol..............................	1 gr.
Pommade savonneuse.................	7 gr.

Les sels de mercure, sous forme de pommades au calomel ou à l'oxyde jaune à 1 p. 20 n'ont en général qu'une action trop superficielle, mais on peut utiliser dans les sycosis rebelles, qui ne sont pas trop anciens, et qu'on craint de voir passer à l'état chronique, l'emplâtre de Vigo ou l'emplâtre rouge. Pour augmenter l'action des emplâtres en profondeur, les auteurs allemands les couvrent parfois de cataplasmes chauds.

Enfin les réducteurs les plus forts, acide pyrogallique et chrysophanique, conviennent également à cette période. On peut les utiliser en pommades, en bâtons de pommades, et en emplâtres. Brocq fait faire quelquefois des applications d'onguent styrax étendu de deux parties d'huile d'amandes douces deux fois par semaine, ou même de glycérine ou de vaseline iodée.

Le caoutchouc est très employé en France, en particulier dans les sycosis de la moustache ; on coupe les poils aux ciseaux et on épile : on applique la nuit, ou jour et nuit une bandelette de caoutchouc maintenue par de fins rubans au-dessus des oreilles. Ce traitement est malheureusement des plus longs, d'après ce que j'ai vu.

Au cours de cette période ou plus tard, on peut voir des nodules fluctuants, dus à des abcès profonds ; il est nécessaire de les ouvrir au galvano-cautère, on fera des pansements demi-humides jusqu'à ce qu'ils aient disparu.

3° *Période chronique*. Enfin lorsque le sycosis date de plusieurs mois il peut arriver, au lieu de guérir, à un stade où l'infiltration du derme est régulière, où l'infection cutanée est chronique ; de temps en temps on observe des poussées aiguës qu'il faut calmer par les moyens que nous connaissons déjà. Dans l'intervalle, on fera un traitement sclérogène, les lésions seront *scarifiées* ; les scarifications seront réitérées chaque semaine jusqu'à guérison.

La profondeur des incisions doit dépendre de l'épaississement de la peau ; en principe elles doivent aller jusqu'à la limite des tissus sains.

Ce traitement peut échouer, d'autre part il est long et douloureux. Il est possible, d'après ce que j'ai vu, que la *photothérapie* donne des résultats plus rapides et plus sûrs ; on ne l'emploiera jamais dans les périodes aiguës du sycosis.

Je n'ai pas encore eu l'occasion d'essayer la cure d'exfoliation ; il me semble qu'elle pourrait avoir des effets précieux (1).

(1) Nous devons dire quelques mots du traitement des lésions nasales et conjonctivales

BALANITES.

Les inflammations communes du gland ne se développent guère que chez des sujets dont le prépuce est long, et qui, par absence de propreté, ou à la suite de soins de propreté mal compris laissent persister de l'humidité dans le pli intermédiaire. Cette notion simple est fondamentale dans le prophylaxie des balanites; elle domine également leur thérapeutique.

La balanite vulgaire se caractérise par une tuméfaction du prépuce, parfois telle que le malade ne peut plus décalotter. A la limite du gland et du prépuce, on voit sourdre du pus épais. Les lésions sont des plus douloureuses. Le prépuce rabattu, le pus enlevé avec du coton, on constate de la rougeur, des érosions, même des ulcérations. Parfois la verge offre une lymphangite évidente avec adénite inguinale. La balanite peut même se compliquer de gangrène.

Si le malade peut décalotter, on lavera à fond, dans les cas simples, la face interne du prépuce et le gland à l'eau bouillie, ou à l'eau additionnée de sublimé à 1 p. 10000, de permanganate de potasse à 1 p. 2000, d'eau oxygénée à 1 p. 20. Le nettoyage *complètement fait*, on *sèche*, on poudre au talc ou à l'oxyde de zinc ou avec :

Dermatol.............................	2 gr.
Oxyde de zinc..........................	10 gr.

et on entoure le gland d'un peu de coton hydrophile, ou de gaze aseptique. Puis on fait recalotter le malade; si c'est impossible on entoure le gland de gaze sèche.

Les pansements sont recommencés plusieurs fois par jour dans les cas sérieux.

Si le malade ne peut décalotter, il est indispensable de faire des lavages fréquents au moyen d'une grosse seringue armée d'un tuyau fin de caoutchouc qu'on glisse entre le prépuce et le gland. Le lavage est fait assez longtemps pour que le liquide qui sort de l'orifice glando-préputial n'entraîne plus de pus. Les lavages se font à l'eau, étendue

qui accompagnent souvent le sycosis. L'épilation des fosses nasales est souvent nécessaire, on fera deux fois par jour de grandes irrigations avec une solution astringente un peu chaude, solution de borate de soude à 25 p. 1000, de sulfate de zinc à 1 p. 1000 (Sabouraud) décoction de racines d'aunée, de tête de camomille (v. Méth. aseptique). On sèchera au coton et on appliquera des pommades réductrices faibles, telles que :

	Oxyde jaune d'hydrargyre..............................	1 gr.
	Vaseline..	50 gr.
ou	Ichtyol...	1 gr.
	Vaseline..	25 gr.

Les lésions conjonctivales seront traitées par des applications de pommades à l'oxyde jaune ou au calomel à 1 p. 100 sur le bord des paupières; on essaiera de toucher la conjonctive palpébrale avec une solution de nitrate d'argent (1 p. 50-1 p. 100) ou la solution suivante :

Tannin..	1 gr.
Glycérine...	20 gr.

de 1 p. 10 ou 1 p. 20 d'eau blanche, ou à l'eau additionnée de 1 p. 1000 ou 1 p. 2000 de permanganate de potasse. Peu à peu on cherchera à faire décalotter le malade.

Si l'inflammation balanique est très intense et qu'on craigne la gangrène, on fera, deux fois par jour, des injections avec la solution suivante :

Acide phénique........................	1 gr.
Alcool................................	10 gr.

suivies d'injections avec :

Résorcine.............................	3 gr.
Eau...................................	100 gr.

Du Castel.

Si l'état s'aggrave malgré ce traitement, il sera nécessaire d'inciser.

La *balanoposthite érosive circinée* de Berdal et Bataille est une maladie vénérienne ; on voit sur le gland des érosions élémentaires superficielles, rondes, ou des érosions étendues polycycliques. Le fond est rouge, le bord net, de couleur blanchâtre. Les lésions sont dissimulées par une couche plus ou moins épaisse de pus.

Le traitement est des plus simples et comporte des lavages répétés deux fois par jour, à l'eau bouillie chaude, suivis d'attouchements limités aux érosions avec du nitrate d'argent à 1 p. 20. A la suite on sèche, on applique de la gaze ou du coton.

La *balanite pustulo-ulcéreuse* de Du Castel est également une affection vénérienne ; on constate des vésico-pustules acuminées, à fond granuleux, auxquelles font suite des ulcérations à fond pultacé, limitées par un liséré rouge vif. La suppuration est modérée.

Du Castel recommande de toucher simplement les ulcérations à l'alcool phéniqué à 1 p. 10. A la suite, sécher, poudrer, envelopper de coton hydrophile ou de gaze.

La *balanite diabétique* est une forme d'intertrigo qu'on traitera par les badigeonnages au nitrate d'argent à 1 p. 20, à l'huile de bouleau, à l'ichtyol, suivis de pansements secs, lorsque les lésions auront été desséchées (v. *Intertrigo*).

Chancre simple

Synon. *Chancre mou.*

Le chancre mou est une affection vénérienne due au bacille de Ducrey. Ce bacille est colorable par les couleurs d'aniline basiques, et non par la méthode de Gram ; c'est un bacille fin, groupé surtout en chaînettes (streptobacilles), fréquemment on voit plusieurs chaînettes parallèles les unes aux autres. Pour obtenir des préparations, il est nécessaire de déterger le chancre et d'en râcler légèrement le fond.

Les éléments caractéristiques du chancre mou sont :

La forme arrondie, ovalaire, fissuraire dans les plis — le bord, vertical à sa face interne, rouge avec un étroit liseré jaune, légèrement décollé — le fond mamelonné caché par un pus sanieux, parfois une croûte —, l'absence d'induration (à moins d'un état inflammatoire qui provoque une induration diffuse moins bien limitée que celle du chancre syphilitique) — la douleur à la palpation. Le chancre simple est autoinoculable. Il guérit en laissant une cicatrice indélébile. Assez fréquemment on constate une adénopathie suppurée (bubon), qui peut être le point de départ d'un chancre préganglionnaire. Le chancre mou peut s'étendre largement en surface et l'extension progressive est des plus difficiles à arrêter (chancre phagédénique); il peut s'étendre en profondeur, ulcérer le filet, le gland, ouvrir l'urèthre. Enfin il provoque parfois des réactions inflammatoires érysipélatoïdes du voisinage et par exemple, s'il siège au gland, du phimosis, même une inflammation gangréneuse (1).

Tout chancre simple doit être mis à nu le plus tôt possible. S'il existe du phimosis on fera, plusieurs fois par jour, des lavages et, après nettoyage du pus, des injections antiseptiques faibles en solution aqueuse, entre le prépuce et le gland : sublimé à 1 p. 10000, acide borique 3 p. 100, acide phénique 1 p. 100, ou en solutions hydro-flammation alcooliques :

Acide borique.....	3 gr.
Alcool à 60°..............................	66 gr.
Eau.................................	30 gr.

(Hallopeau et Leredde.)

Après le lavage, on exprimera le liquide. On peut au besoin sécher les plis glando-préputiaux au moyen d'une poire de Pollitzer, puis on injectera de l'huile de vaseline iodoformée.

Iodoforme	*à saturation*
Huile de vaseline.........................	20 gr.

ou bien on injectera la solution suivante :

Nitrate d'argent..........................	6 gr.
Eau distillée..............................	100 gr.

Le phimosis ne sera jamais réduit brutalement; chaque fois on essaiera de découvrir le gland un peu plus que la veille, mais sans effort.

Les chancres découverts ou mis à nu, seront nettoyés doucement au coton imbibé d'eau bouillie; on séchera le fond et on pansera à la poudre d'iodoforme. En raison de la mauvaise odeur, on peut, dans les chancres qui ne présentent pas de gravité locale considérable, essayer de panser avec de l'europhène, de l'iodol, du dermatol, ou même

(1) Hallopeau et Leredde, Traité pratique de Dermatologie, p. 413.
Berdal, Traité des maladies vénériennes.

une poudre absorbante, sauf à en arriver à l'iodoforme si l'amélioration ne se produit pas. On couvre de coton sec et d'une bande de tarlatane.

Je ne sais si jusqu'ici les pâtes ont été employées systématiquement dans le traitement des chancres découverts; je n'ai pas eu encore l'occasion de m'en servir, mais je crois qu'elles auraient une grande utilité.

On peut combiner la méthode caustique à la méthode antiseptique, et toucher le fond du chancre, une fois par jour, légèrement, à l'alcool phéniqué à 1 p. 10 ou au chlorure de zinc à 1 p. 10.

Chlorure de zinc........................	1 gr.
Eau....................................	10 gr.

ou avec la solution suivante

Sulfate de cuivre......................	5 gr.
Eau distillée..........................	15 gr.

Le malade touche, toutes les deux heures pendant une après-midi, le chancre avec du coton trempé dans cette solution, puis la nuit garde un pansement au moyen de coton trempé dans la même solution. Le matin existe une escarre bleue qu'il suffit ensuite de panser aseptiquement (1).

Enfin on peut détruire le chancre par une application pendant 24 heures de la pâte suivante :

Chlorure de zinc.......................	1 gr.
Oxyde de zinc..........................	10 gr.
Eau q. s. pour une pâte.	

(Balzer).

Les chancres du méat seront touchés pendant trois ou quatre jours au chlorure de zinc à 1 p. 10, après anesthésie à la cocaïne. Trois fois par jour on introduit dans l'urèthre la pommade suivante :

Iodoforme..............................	1 gr.
Lanoline...............................	5 gr.
Vaseline...............................	5 gr.

ou des crayons iodoformés. (Berdal).

Dans les *chancres phagédéniques*, je conseillerai de suivre les indications données par Berdal, pour lequel la galvanocautérisation ou la thermocautérisation sont les moyens de choix. Cette cautérisation doit être faite minutieusement, porter sur toute la surface malade point par point, puis sur les bords et dans toutes les anfractuosités sous-jacentes. A la suite, on fera des pansements humides et dès que le fond de l'ulcération sera détergé, des pansements à la poudre d'iodoforme. On cautérisera à nouveau tous les points où l'extension phagédénique paraîtra recommencer.

(1) Finger, cité par Berdal, Traité des maladies vénériennes.

Les irrigations continues à l'eau très chaude (45°-50°) modifient etatténuent la virulence des chancres dans une proportion considérable. Elles exigent un matériel compliqué et ne constituent par un moyen pratique pour le traitement du chancre simple, mais on pourrait les utiliser dans celui du chancre phagédénique.

Quant aux produits chimiques qui ont été proposés et dont le grand nombre suffit presque à démontrer l'insuffisance, on sera en droit d'en essayer l'emploi sur des chancres simples en voie d'accroissement, de phagédénisme tout à fait initial, mais on y renoncera dès qu'on verra l'extension continuer. Citons le camphre en poudre, le tartrate ferrico potassique, la teinture d'iode, les sels de bismuth, etc. Le permanganate de potasse en poudre donnerait peut-être de meilleurs résultats, employé comme on le fait dans les lupus végétants, en applications de dix minutes, suivies de lavages.

ULCÈRES VARIQUEUX

Chez les personnes atteintes de varices des membres inférieurs, on observe souvent des ulcérations qui s'étendent en surface et en profondeur et deviennent rebelles grâce à la gêne de circulation locale, à la nutrition insuffisante de la peau, aux lésions du système nerveux. Ces ulcérations sont vraisemblablement de cause parasitaire et me paraissent dues dans la grande majorité des cas au streptocoque (1).

Les caractères cliniques essentiels sont les suivants :

L'ulcère variqueux siège surtout à la partie interne et inférieure de la jambe. Sa forme est allongée dans le sens vertical, ses bords, minces dans les ulcères récents, sont saillants, hypertrophiques, indurés dans les ulcères anciens. Le fond est en général de couleur pâle, peu humide, irrégulier, ou rouge sombre et sec, mais souvent il est le siège d'infections secondaires, et présente des bourgeons végétants, une sécrétion puriforme, d'odeur fétide. Quand l'ulcère se répare, on observe des bourgeons rouge vif saignant facilement, sans sécrétion purulente (2).

L'ulcère occupe en général le centre d'une région atteinte de dermite, la peau y est rouge foncé, épaisse, la température est élevée (Leredde); à la dermite s'associe fréquemment un état eczématique (*eczéma variqueux*).

Dans les ulcères anciens, on observe tantôt de la dermite atrophique, tantôt de la dermite hypertrophique et végétante, toujours grave, car elle peut marquer le début d'un éléphantiasis.

L'ulcère variqueux est souvent consécutif à une vésicule d'ecthyma, et se complique fréquemment de lymphangite aiguë, et d'adénopathie inguinale persistante.

(1) Leredde. *Le rôle du système nerveux dans les dermatoses*. Arch. gén. de médecine avril 1899.

(2) Hallopeau et Leredde. Traité prat. de Derm., p. 264.

Le traitement doit être surtout un traitement prophylactique. Les malades atteints de varices doivent être prévenus que chez eux *toute plaie des membres inférieurs est sérieuse, doit être soignée de suite et d'abord par le repos, la jambe élevée sur un plan horizontal.* La peau des jambes sera constamment poudrée au talc. S'il existe de l'eczéma, on imposera également le repos, on appliquera systématiquement des pâtes simples, puis, avec précaution, le traitement réducteur lorsqu'on aura obtenu la dessiccation.

La thérapeutique des ulcères variqueux en activité est exposée de la manière la plus confuse dans tous les livres, et le nombre des topiques s'est multiplié et se multiplie tous les jours sans que les malades en retirent un bénéfice réel, car il importe avant tout d'étudier les bords et la surface de l'ulcère et de régler le traitement d'après l'aspect qu'ils présentent. C'est là la difficulté réelle, et non de trouver au hasard l'agent qui guérira les lésions. Si la surface est infectée, il faut la désinfecter; si la surface est atone, il faut exciter la formation de bourgeons, irriter le derme, provoquer une vascularisation plus intense.

Les bords sont-ils épais, hypertrophiques, scléreux, il convient parfois de les cureter, lorsque le fond de l'ulcère a pris un aspect bourgeonnant sans suppuration, qui indique la tendance à la guérison prochaine. *Dans tous les cas le repos continu du membre inférieur sur un plan horizontal est indispensable.*

Dans les ulcères infectés, on fera des badigeonnages avec des solutions antiseptiques : solution phéniquée à 2 p. 100; permanganate de potasse à 1 p. 1000; sulfate de cuivre à 1 p. 100 ; liqueur de Labarraque ; et des pansements à l'eau bouillie dans l'intervalle. Parfois il faudra faire des applications antiseptiques continuelles, mais on ne se servira pas d'antiseptiques à doses très fortes, et on cessera de les appliquer dès que l'état du fond aura été modifié.

La peau autour de l'ulcère sera couverte de pâte de zinc pour éviter la macération due aux pansements humides.

Dans les ulcères atones, le pansement pourra être fait au moyen de poudres ou de solutions. Parmi les poudres, citons le quinquina, le ratanhria, l'europhène, le dermatol. On peut pratiquer des pansements humides avec du vin aromatique.

Pour ma part je me suis servi parfois avec succès de solutions concentrées de sel marin, 3 à 6 p. 100. Hallopeau, dans certains cas, a fait des cautérisations du fond de l'ulcère avec le chlorure de zinc ou le galvanocautère.

Quant aux greffes, elles peuvent être faites suivant la méthode de Thiersch lorsque l'ulcère est transformé en une plaie couverte de bourgeons vivaces, lorsque l'épidermisation tend à se faire sur les bords et lorsqu'il n'y a aucune suppuration ; on peut ainsi abréger la durée nécessaire à la guérison, mais seulement dans une légère mesure. Un

avantage plus appréciable est que la cicatrice consécutive est toujours moins rétractile et moins fragile (1). (*A suivre*).

E. L.

LA QUESTION DES INJECTIONS MERCURIELLES DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

4e Article

Examinons maintenant quelles sont les *indications* du traitement mercuriel à doses intensives.

Il est évident que, dans tous les cas où les accidents syphilitiques sont curables par les doses habituelles, nous devons continuer à les employer. Mais nous devons employer des doses plus élevées : *a*) lorsque le mercure est administré comme moyen de diagnostic ; ceci n'a pas besoin d'être expliqué ; *b*) quand il est démontré que les doses courantes ne sont pas curatives ; *c*) toutes les fois que, *étant dans l'ignorance de la dose nécessaire, nous aurons à traiter un malade présentant des accidents qui doivent être guéris rapidement et complètement*, autrement dit, lorsqu'une dose normale pourrait être insuffisante pour empêcher des désordres irréparables.

Dans les lésions du système nerveux, nous devons d'emblée employer le mercure à dose maxima ; d'abord dans les manifestations que tout le monde reconnaît comme syphilitiques, puisque, je le rappelle, *il s'agit d'intervenir à doses suffisantes pour que des accidents graves ne se produisent pas, et non d'attendre que ces accidents se soient produits pour s'apercevoir qu'on n'a pas agi avec assez d'énergie*.

Les doses maxima devront être également employées dans le tabes, la paralysie générale et les autres affections du système nerveux que M. Fournier a appelées parasyphilitiques ; dans ces cas, on peut se contenter d'élever graduellement les doses. Je ne veux pas aborder ici une discussion que je reprendrai prochainement pour les lecteurs de la *Revue pratique* ; je rappelle seulement que le tabes et la paralysie générale, entre autres affections « parasyphilitiques », sont pour moi des affections syphilitiques et curables par le mercure, à condition que le traitement soit institué d'assez bonne heure et à *doses suffisantes* (2). La discussion que j'ai portée au Congrès de Médecine de Toulouse, a

(1) **Articles suivants :**
Traitement des dermatoses bulleuses infectées. Méthode antiphlogistique. Traitement de l'eczéma aigu, des dermatites artificielles aiguës, des seborrhéides eczématisées aiguës, des dermites infantiles aiguës.

(2) Leredde. *Sur les affections dites parasyphilitiques* (Bull. de la Soc. française de dermatol. et de syphiligr., 6 février 1902), — *Guérison d'un cas de tabes par les injections de calomel.* (Bull. de la Soc. française de dermatol. et de syphiligr., 6 mars 1902).

entièrement confirmé mes idées, et le terme « affections parasyphilitiques » n'y a pas trouvé de défenseurs. De nouveaux cas de guérison du tabes et de la paralysie générale y ont été apportés (Lemoine, Cassaët).

Parmi les insuccès du traitement mercuriel dans ces maladies, il en est qui sont dus : *a*) à ce que peut-être toutes les paralysies générales, tous les tabes ne sont pas d'origine et de nature syphilitiques ; *b*) à ce que, dans les tabes et les paralysies générales d'origine et de nature syphilitiques, nous intervenons souvent, je dois dire *presque toujours*, trop tard. Et comme, par une tendance d'esprit que je ne puis comprendre, les neurologistes et même les syphiligraphes cherchent à mettre surtout en évidence les insuccès et les inconvénients du traitement, on en arrive à dire qu'on ne peut guérir un tabétique ou un paralytique général par le mercure, alors que les observations de guérison existent de tous les côtés (1).

Mais surtout, je crois que parmi les causes d'échec du traitement mercuriel dans le tabes et la paralysie générale, il faut faire entrer fréquemment en ligne de compte un traitement insuffisant. M. G. Ballet a prononcé, au Congrès de Toulouse, une phrase qui doit être mise en vedette : « Nous n'avons pas de succès dans le tabes et la paralysie générale que nous traitons par les procédés de traitement mercuriel, j'entends par ceux que les syphiligraphes nous indiquent. » Une enquête que j'ai faite sur ce sujet parmi les neurologistes, m'a appris que presque tous recouraient encore aux frictions, procédé que les syphiligraphes emploient déjà beaucoup moins.

Eh bien, j'affirme que pratiquer des frictions quotidiennes avec 4 grammes d'onguent napolitain, chez un malade atteint d'accidents nerveux syphilitiques, c'est instituer un traitement insuffisant lorsqu'il s'agit de lésions syphilitiques diffuses, comme le sont celles du tabes et de la paralysie générale. Dans ces affections, *le mercure ne doit être prescrit qu'en injections* ; en principe, on emploiera des doses de 0 gr. 03 ou 0 gr. 04 centigrammes de sels forts (cyanure ou sublimé), de 0 gr. 06 à 0 gr. 08 centigr. de sels faibles (benzoate ou biiodure), ceci sous la réserve qu'on utilisera peut-être dans l'avenir des moyens encore plus énergiques. On pourra encore essayer de faire chaque semaine deux injections de calomel de 0 gr. 07 ou 0 gr. 10 centigr. chacune.

Ces doses, comme toutes celles que j'ai indiquées dans cet article, sont calculées pour l'homme adulte, vigoureux et sain. Il faut, en principe, chez la femme, les réduire d'un quart environ.

Toutes les modifications que l'on peut apporter au traitement mercuriel ne sont pas signalées dans ce qui précède. Des réflexions

(1) J'appelle guérison l'arrêt de la maladie, la non-apparition définitive de nouveaux accidents ; je n'exige même pas, pour employer ce terme, la rétrocession, fréquente cependant de symptômes dont certains sont de telle nature qu'ils ne peuvent rétrocéder.

que j'ai exposées, on pourrait tirer encore quelques conséquences. Ainsi, l'action remarquable du calomel avec des doses assez faibles de mercure pourrait conduire à faire une seule injection d'un sel soluble à dose très élevée, puis à attendre l'élimination du mercure pour recommencer. La question des injections intraveineuses devra être reprise, les doses employées par M. Abadie ne permettant pas de juger de la supériorité de la méthode en elle-même.

Mais nous arrivons ici à des procédés qui ne seront peut-être usités qu'à titre exceptionnel et dans des accidents tout à fait anormaux. Pour le moment, qu'il suffise, comme conclusion, de dire qu'on peut manier le mercure beaucoup plus énergiquement qu'on ne le fait en général, sans danger réel pour le malade, dans les accidents syphilitiques graves, et qu'on obtiendra sans doute ainsi des résultats qu'on ne pouvait obtenir autrefois.

Pour terminer ce qui concerne le traitement des accidents nerveux de la syphilis, j'ai encore à faire observer que chez tous les malades atteints d'accidents de cet ordre, le traitement doit comprendre une première période où on cherche à faire disparaître les symptômes, et après une période de repos, lorsque ceux-ci sont disparus, une deuxième période, *aussi longue et aussi énergique que la première*, destinée à faire disparaître les lésions résiduelles. Enfin au premier symptôme nouveau, après guérison, bien et dûment constaté, le traitement actif sera repris.

Les détails dans lesquels nous sommes entrés sur la cure mercurielle dans les accidents nerveux de la syphilis nous permettent d'être extrêmement brefs sur celle des autres accidents tertiaires. Si le lecteur a bien compris tout ce qui précède, il appliquera à ceux-ci les règles que j'ai exposées pour les accideuts nerveux, avec quelques modifications. S'agit-il d'accidents graves par leur localisation, et devant être arrêtés le plus vite possible dans leur évolution menaçante, on fera d'emblée le traitement mercuriel le plus énergique, par les sels faibles (benzoate, biiodure) à la dose de six à huit centigrammes chaque jour, par les sels forts (cyanure, sublimé) à la dose de trois ou quatre, en prenant les soins les plus minutieux du côté de la bouche.

Ainsi agira-t-on dans les lésions oculaires, dans des gommes du pharynx, dans des lésions laryngées.

Dans les accidents où la question de temps n'est pas essentielle, la conduite à tenir est plus difficile à déterminer. On devra toujours faire un traitement énergique, et toujours, je pense, par injections. Quant aux doses à employer, elles seront réglées par des considérations de deux ordres : l'observation exacte des effets produits sur les symptômes dûs à la lésion syphilitique, qui peut conduire à élever les doses mer-

curielles, si les symptômes n'entrent pas nettement en régression, et d'autre part, l'observation des effets du mercure sur l'organisme.

On peut d'une façon générale employer au début les sels forts, cyanure et sublimé à la dose d'un centigramme ou un centigramme et demi par jour en injections, les sels faibles, benzoate et biiodure, à la dose de deux centigrammes à deux centigrammes et demi chaque jour, ces doses pouvant être élevées graduellement, s'il est nécessaire. Mais, dans ces cas, il ne s'agit pas toujours d'introduire chaque jour dans l'organisme la quantité maximum qu'il peut tolérer. L'injection de calomel de 0 gr. 10 par semaine offre encore de précieux avantages, précisément parce que ses effets ne sont pas réguliers et qu'elle permet de réaliser un traitement intensif les jours qui suivent l'injection avec un repos relatif consécutif. On peut d'autre part augmenter les effets de la cure par le calomel en agissant comme je l'ai indiqué, et en rapprochant les injections.

La conduite à tenir chez les malades atteints d'accidents rénaux avec albuminurie est des plus délicates à indiquer ; il est impossible de poser des règles ; chez chaque malade, le traitement doit être réglé d'une manière empirique. Chez ceux qui sont soumis au traitement mercuriel intensif, l'état du poids doit être relevé et l'état des urines surveillé, mais chez les rénaux, ce dernier devra être l'objet de préoccupations constantes ; le médecin devra connaître chaque jour trois éléments fondamentaux : quantité d'urine émise, densité, taux d'albumine et pourra ainsi se rendre compte du trouble apporté dans l'état urinaire par l'absorption mercurielle. Les doses seront réglées en se fondant sur la nécessité de ne pas aggraver l'état rénal. La nature syphilitique de la néphrite sera quelquefois démontrée par l'observation minutieuse des urines, qui montrera une diminution de l'albuminurie, le retour de la quantité et de la densité à un état plus voisin du normal.

Injections mercurielles chez la femme enceinte. — Je ne suis pas partisan chez les syphilitiques de la mercurialisation indéfinie dans le traitement des accidents viscéraux. Je m'appuie surtout sur les règles qu'impose l'observation des effets du traitement des lésions cutanées : c'est-à-dire qu'il importe de faire disparaître les lésions en élevant les doses s'il est nécessaire, et non d'empêcher simplement ces lésions de s'aggraver en prolongeant le traitement hydrargirique à doses insuffisantes. Pour ma part, je suivrais cette ligne de conduite toutes les fois que j'aurais à soigner un syphilitique atteint de lésions en activité et dont il s'agit d'amener la disparition.

Le traitement hydrargyrique prolongé ne permet pas d'obtenir

les effets du traitement intensif. C'est là un point fondamental sur lequel il convient d'appeler l'attention.

Le traitement mercuriel chez la femme enceinte ne peut être réglé sur les bases qui servent à diriger le traitement des malades atteints de lésions en évolution. En général elle ne présentera pas de lésions actives ; on la traitera pour éviter l'avortement, ou le développement de la syphilis héréditaire sous forme grave chez l'enfant.

Le problème se pose alors sous la forme suivante : maintenir la malade sous l'influence préventive du mercure, arrêter à leur début les lésions qui peuvent survenir dans l'organisme maternel, le placenta ou chez le fœtus. Et pour cela, je pense, avec la majorité des syphiligraphes, qu'il convient de traiter la malade pendant presque toute la durée de la grossesse.

Mais la nécessité d'un traitement prolongé limite l'application des injections mercurielles ; il n'est évidemment pas possible de faire, par exemple, des injections solubles quotidiennes pendant plusieurs mois avec des repos aussi courts que je les ai indiqués. Toutefois, plus on réfléchit à la nécessité de savoir exactemeut ce que l'on fait chez les syphilitiques auxquels on donne du mercure, plus on est amené à étendre les applications des injections mercurielles. A mon avis, il convient de traiter la femme enceinte par des injections hebdomadaires d'huile grise, à la dose de cinq ou six centigrammes de mercure métallique chaque semaine, par périodes de trois semaines consécutives, avec périodes de repos de huit ou quinze jours dans l'intervalle. Il faudra toujours surveiller le poids, l'état des urines, mais cette surveillance s'impose quel que soit le mode du traitement hydrargyrique adopté.

Injections mercurielles chez l'enfant en bas age. — Les indications, les doses des injections mercurielles chez le nouveau-né et l'enfant jeune ne sont pas déterminées avec précision, et pour ma part, je ne suis pas en mesure de donner des règles fermes. C'est une question à reprendre ; elle mérite d'être étudiée avec le plus grand soin chez les enfants infectés par la syphilis : la voie gastrique est peut être dangereuse à utiliser dans des cas nombreux. On sait combien sont importantes les lésions du foie et combien il est nécessaire de respecter les voies digestives. Les frictions chez l'enfant comme chez l'adulte ne permettent, d'autre part, aucun dosage régulier.

J'arrive à la fin de cette étude un peu longue sur les injections

mercurielles. Je l'ai écrite pour permettre aux lecteurs de ce journal d'apprécier leur importance, pour encourager ceux qui n'ont pas encore pris l'habitude de les appliquer au traitement des syphilitiques à le faire d'une manière large, sans hésitations, sans tenir compte des préjugés contraires soit aux injections solubles, soit aux injections insolubles, préjugés *qui remontent au moment où la technique de ces injections n'était pas entièrement fixée.*

Est-ce à dire que, sur tous les points, cette technique soit établie d'une manière définitive ? J'affirme que nous pouvons pratiquer le traitement mercuriel beaucoup mieux qu'on ne le faisait il y a dix ans ; j'espère que dans une dizaine d'années de nouveaux progrès auront été accomplis ; nous devrons alors adopter de nouvelles règles et employer de nouveaux procédés. Comme je l'ai dit à la fin de la partie de ce travail consacrée au traitement des accidents nerveux, la question des injections intra-veineuses est à reprendre — en outre de nouveaux composés seront peut-être découverts qui permettront d'augmenter l'effet thérapeutique du mercure sans redouter les effets toxiques, et, d'autre part, de réaliser des associations médicamenteuses.

Ceci nous amène à parler de l'hermophényl et du cacodylate iodo-hydrargique.

L'hermophényl est un « mercure phénol disulfonate de soude » qui contient 40 pour 100 de mercure métallique, un peu moins par suite que le biiodure. C'est une poudre blanche très soluble dans l'eau, ne précipitant pas l'albumine et dans laquelle les réactions habituelles du mercure sont masquées.

Ce sel a été employé par le Dr Reynès à la dose de 0 gr. 02 centigr. tous les deux jours, dissous dans 4 centimètres cubes d'eau stérilisée, par le Dr Ch. Nicolle à la dose de 0 gr. 02 centigr. deux fois par semaine, dissous dans deux centimètres cubes d'eau stérilisée. Il présente, d'après ces auteurs, des avantages importants sur les autres sels solubles, au point de vue de l'absence d'induration et de douleurs. Son efficacité thérapeutique est indéniable. Les essais qui sont faits en ce moment à ma policlinique donnent des résultats analogues. Il sera surtout important de savoir si l'on peut sous cette nouvelle forme introduire dans l'organisme, lors d'accidents graves, une dose de mercure plus élevée qu'avec les sels employés jusqu'ici, et par suite, ce qui est la question fondamentale, avec une efficacité thérapeutique supérieure.

Le cacodylate iodo-hydrargyrique réalise un type intéressant d'associations médicamenteuses ; il a été étudié par Brocq, Civatte et Fraisse (1) ; il s'obtient en neutralisant le cacodylate acide de mercure

(1) Brocq, Civatte et Fraisse. *Note préliminaire sur les injections de cacodylate iodo-hydrargique dans la syphilis.* Soc. de derm. et de syph., 4 juillet 1901.

par la soude en présence de l'iodure de sodium. Ce n'est pas un composé défini mais un mélange : la solution de Fraisse contient par cent. cube 4 millig, de biiodure d'hydrargyre, 4 millig. 7 d'iodure de sodium et 3 centigr. de cacodylate de soude. La dose quotidienne injectée est en général de deux cent. cubes. Les injections sont très bien supportées, ne provoquent pas de douleurs réelles, et, faites un peu profondément dans les muscles, ne déterminent pas de nodosités gênantes.

Pour Brocq, Civatte et Fraisse, le cacodylate iodo-hydrargyrique est précieux dans les manifestations secondaires rebelles des muqueuses et de la peau, lorsqu'il y a complication de séborrhéides et dans les accidents tertiaires lorsqu'on veut agir avec énergie en respectant le tube digestif. Il me semble que dans des lésions cutanées tant soit peu rebelles, tant soit peu difficiles, il faudrait employer le cacodylate iodo-hydrargyrique à doses doubles de celles qu'on emploie en général, soit 4 cent. cubes par jour, c'est-à-dire près de deux centigrammes de biiodure. Mais le réel avantage de la formule est de permettre de traiter simultanément les malades par le mercure et le cacodylate de soude. Et l'indication principale est celle qui est fournie pour les cas de syphilis s'accompagnant de dénutrition, d'amaigrissement et de neurasthénie.

Enfin il restera à déterminer dans quelle mesure les cures sulfureuses, qni permettent, on le sait, d'employer des frictions mercurielles à doses très élevées, permettront d'autre part d'augmenter l'intensité du traitement par injections. C'est là un point intéressant pour les médecins des stations hydrominérales où l'on soigne des syphilitiques et des « parasyphilitiques ».

LEREDDE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE & DE SYPHILIGRAPHIE

ANNÉE 1901

Syphilis (*fin*).

G. Evolution de la syphilis.

Persistance d'ulcérations syphilitiques plantaires malgré un traitement énergique, par HALLOPEAU et FOUQUET. Séance du 2 mai.

Il s'agit d'un malade, ayant contracté la syphilis depuis 11 mois, et déjà traité par 15 injections de calomel (à doses non indiquées), puis 6 grammes

d'iodure par jour, qui présente à la face externe du talon gauche, dans la région sous-malléolaire, et empiétant sur la plante du pied, une ulcération de 6 centimètres de diamètre. Malgré un traitement antérieur intensif, malgré un traitement actuel énergique, constitué par des frictions et 4 grammes d'iodure par jour, l'ulcération s'est étendue progressivement. La partie sous-malléolaire est nettement en voie de cicatrisation, mais la partie talonnière reste à l'état d'ulcération franche.

Pour les auteurs, ce fait ne peut s'expliquer que par la résistance qu'oppose l'épiderme épais de la région à la pénétration du mercure et de l'iodure, qui, apportés par la circulation dans le corps papillaire ne pénètrent que très difficilement le corps muqueux épaissi de la plante du pied. La même interprétation explique la résistance au traitement des syphilides psoriasiformes des paumes des mains.

H. — Associations pathologiques de la syphilis.

Syphilis secondaire avec leucoplasie, épilepsie jacksonienne et diabète sucré, par Danlos. Séance du 4 juillet.

Cette observation, des plus intéressantes, mérite d'attirer l'attention par trois points : tout d'abord, par la date précoce de l'apparition de la leucoplasie, survenant trois mois après le chancre, et par l'intensité qu'elle prit, recouvrant la presque totalité de la bouche, avec une apparence nacrée, et une rugosité absolument identiques à celles des lésions du lichen plan buccal. Le second point intéressant est l'apparition d'attaques convulsives survenues au cours de l'infection syphilitique, sans cause appréciable, sans alcoolisme ni nervosisme antérieur, et disparues de même, sans raison apparente. L'auteur rappelle que des faits de cette nature ont été décrits par Fournier, dans le cours de la syphilis secondaire.

Mais le fait véritablement curieux de cette observation, est l'apparition brusque d'un diabète survenant après la disparition des attaques convulsives, c'est-à-dire environ trois mois après le chancre, et après trois semaines de traitement, diabète qui prit d'emblée des proportions considérables : 8 litres d'urine et 600 grammes de sucre par jour. Or, lorsque le diabète survient au cours de la syphilis, et peut être rattaché à cette affection, c'est presque toujours pendant la période tertiaire, et il s'accompagne alors de symptômes graves de syphilis cérébrale ou de syphilis hépatique. Mais le diabète dans la période secondaire est tout à fait une rareté. Se rapportant au travail de Mouchot, qui a étudié les rapports de la syphilis et du diabète, l'auteur n'a trouvé qu'un seul cas de coexistence de ces deux affections à la période secondaire.

Poer pouvoir affirmer l'origine spécifique du diabète dans l'observation actuelle et pouvoir écarter l'hypothèse d'une simple coexistence l'auteur peut bien s'appuyer sur l'apparition du diabète postérieurement à l'infection syphilitique, mais le corollaire indispensable, le seul qui puisse donner la certitude, c'est-à-dire la disparition du diabète, sous l'influence du traitement mercuriel, manque à l'observation, le malade n'étant pas en traitement depuis un temps assez long.

Sur trois cas de poussées tuberculeuses ganglionnaires et cutanées survenues peu de temps après une infection syphilitique, par HALLOPEAU et FOUQUET. Séance du 15 avril.

Les auteurs rapportent trois observations de sujets chez lesquels 2 mois, 3 mois ou 6 mois après avoir contracté la syphilis apparurent des signes de tuberculose qui se manifestèrent avec une intensité exceptionnelle.

Conformément aux observations semblables déjà publiées par Ricord, Fournier, Mauriac, Etienne, Patoir, cette tuberculose se montra peu accentuée au point de vue pulmonaire, mais elle se manifesta avec une prédilection marquée au niveau de la peau et des ganglions, réalisant ainsi le type clinique déjà décrit par Ricord, sous le nom de scrofulate de vérole.

Un des malades présenta une tuberculose des ganglions de la fosse iliaque droite et de la granulose péritonéale, les deux autres un collier de ganglions suppurés, étendu d'une oreille à l'autre; l'un d'eux présenta en outre une vaste collection sous-périostée au dessus de l'œil droit.

Se fondant sur le défaut d'action du traitement spécifique, les auteurs ne font pas de ces lésions des lésions mixtes, des hybrides; mais ils pensent que la syphilis, à sa période primaire ou secondaire, peut donner un coup de fouet à une tuberculose latente, ou augmenter une prédisposition d'un sujet et plus particulièrement de ses ganglions à contracter la tuberculose.

I. — Hérédo-Syphilis.

Hérédo-syphilide lupiforme du nez, datant de 31 ans, guérie par les injections mercurielles, par GAUCHER et LACAPÈRE. Séance du 6 juin.

Il s'agit d'une malade atteinte, depuis plus de trente ans, d'une lésion ulcéreuse du nez considérée comme un lupus, traitée comme telle, par des traitements variés et cela sans aucun résultat. L'aspect des lésions : destruction des bords libres des narines par des ulcérations, taches d'un rouge cuivré légèrement surélevées et ramollies, sur les ailes et le lobule du nez, pouvait en imposer pour un lupus, ainsi d'ailleurs que l'évolution même du mal.

Mais l'insuccès des traitements employés fit songer les auteurs à la syphilis. Le traitement mixte fut institué; l'amélioration se produisit, très rapide, et la guérison survint, confirmant ainsi le diagnostic.

Etant donné la date d'apparition des lésions (à 15 ans), l'hypothèse de lésion tertiaire devait être écartée et l'on devait penser à l'hérédo-syphilis. L'examen oculaire pratiqué permit en effet de reconnaître des lésions pupillaires : ancienne iritis légère de l'œil droit et phénomène d'Argyll Robertson.

Les auteurs ne peuvent s'empêcher de rapprocher ce cas des observations de lupus guéris par les injections mercurielles publiées ces derniers temps, et se demandent s'il ne s'agissait pas, comme dans leur propre cas, de syphilides méconnues.

Du rhumatisme chronique déformant comme manifestation possible de l'hérédo-syphilis, par Ed. Fournier. Séance du 5 décembre.

L'auteur présente à la Société une jeune fille, présentant un type d'arthropathies et de déformations classiques du rhumatisme chronique déformant : déformation des doigts et des orteils ; atrophie musculaire ; tuméfaction et déformation des articulations du poignet et du genou. Mais, contrairement à ce qui a lieu d'habitude dans cette affection, elle avait débuté très tôt, à 8 ans, et ni dans les antécédents directs ou collatéraux, on ne trouvait de notion d'affection similaire. En outre, on note chez la jeune malade, une lésion gommeuse de la jambe et des stigmates ophtalmoscopiques, et dans la famille, une polymortalité de ses frères et de ses sœurs. Dans ces conditions, l'auteur conclut à l'hérédo-syphilis et n'hésite pas à rattacher à cette cause, les lésions articulaires de la malade. Il résume à ce sujet une dizaine d'observations semblables, la plupart personnelles, et qui tendent à prouver qu'un des facteurs étiologiques du syndrome connu sous le nom de rhumatisme chronique déformant peut être représenté par l'hérédo-syphilis.

Mort subite chez les enfants hérédo-syphilitiques. Communications de Gastou et Detot (10 janvier), de Gastou (7 février) et de A. Fournier (7 février).

Le point de départ de cette intéressante discussion fut une observation de Gastou et Detot portant sur un enfant de 7 semaines, issu d'une mère et d'un père syphilitiques, qui après être resté 7 semaines sans manifestation spécifique, présenta brusquement une éruption papuleuse et des lésions ulcéreuses cutanées, surtout fessières. Puis, en quelques jours, il eut successivement de la diarrhée, une dyspnée légère, sans signes nets à l'auscultation, une épistaxis, et mourut subitement sans que rien eût pu faire prévoir cette terminaison. L'autopsie révéla une congestion généralisée des organes, mais surtout des lésions de la veine porte, épaissie, blanchâtre, et dont les ramifications aboutissaient à des ganglions mésentériques hypertrophiés.

L'examen histologique de cette veine montra une endophlébite thrombosique portale, et dans les organes, des dégénerescences parenchymateuses généralisées.

Dans une note, présentée le mois suivant, Gastou, revenant sur ce sujet émit l'hypothèse que dans ce cas, comme dans d'autres cas semblables, la mort devait être due à l'endophlébite portale produisant une thrombose, c'est-à-dire l'oblitération complète de la veine porte. D'où l'intérêt qu'il y aurait à étudier dans ces cas les lésions hépatiques.

Dans la même séance, le Pr Fournier aborda cette question de la mort subite des enfants hérédo-syphilitiques et rapporta l'observation d'un enfant né de mère saine et de père syphilitique, mais vigoureusement traité.

L'enfant, né en excellent état, avait prospéré et était devenu un « enfant magnifique » ne présentant aucun symptôme de syphilis héréditaire, lorsque brusquement, à dix mois, il présenta un matin une hémiplégie gauche et mourut dans l'après-midi, sans cause appréciable.

M. Leredde fit remarquer combien des faits semblables soulevaient une grave question au point de vue du traitement et demanda s'il ne conviendrait pas de traiter les enfants nés de parents syphilitiques, même en l'absence de tous accidents visibles.

Le Pr Fournier conclut dans le même sens, en déclarant que tout enfant, en apparence bien portant, né de parents atteints de syphilis virulente, doit être soumis au traitement spécifique.

ANALYSES

Balzer et Alquier. *Les Dermatoses linéaires* (*Archives générales de Médecine. Juin* 1901.)

Il importe de distinguer les dermatoses linéaires des dermatoses en bandes : ces dernières forment de véritables placards pouvant atteindre plusieurs centimètres, tandis que dans les dermatoses linéaires les éléments éruptifs sont disposés en traînées ne dépassant pas un à deux centimètres de largeur.

Les dermatoses linéaires proprement dites, comprennent trois grands groupes : l'un correspondant aux affections cutanées acquises, l'autre aux affections cutanées congénitales, le troisième aux affections d'aspect mal défini.

1°) *Dans les dermatoses linéaires ayant l'aspect d'affections cutanées acquises*, les auteurs groupent des observations d'eczéma linéaire suivant les lignes de Voigt, de psoriasis zoniforme, de psoriasis rubané, de lichen occupant le centre du territoire cutané du petit sciatique, de lichen plan disposé en séries linéaires sur le trajet de plusieurs territoires nerveux, de lichen de Wilson disposé linéairement sur toute la hauteur du membre inférieur, de lichen ruber plan affectant une disposition linéaire le long du bord interne de l'avant-bras et du bras.

2°) Dans les *dermatoses linéaires ayant l'aspect d'affections cutanées d'origine congénitale*, prennent place : des observations de nœvi formant des traînées occupant des espaces intercostaux, de nœvi kérato-pilaires en séries linéaires sur le tronc et le bras suivant des trajets nerveux ; de nœvus lichénoïde en série linéaire, correspondant aux lignes de Voigt, de plusieurs nœvi systématisés correspondant avec des trajets nerveux ou des lignes de Voigt, d'ichthyoses linéaires suivant le trajet des nerfs profonds.

3° *Les dermatoses linéaires d'aspect mal défini* comprennent : des observations d'éruption lichénoïde linéaire suite de traumatisme du nerf cubital, d'éruption lichénoïde comprise dans le domaine du petit nerf sciatique, d'affections lichénoïdes occupant des territoires radiculaires ou des lignes de Voigt.

Passant à la discussion de la nature des dermatoses linéaires, Balzer

et Alquier essaient de définir le sens qu'il faut accorder aux termes : lichen linéaire, nœvus linéaire, affection lichenoïde linéaire. Le diagnostic se fera d'après trois éléments principaux : 1° L'étude des conditions dans lesquelles survient la dermatose (traumatisme d'un nerf dans un cas de Du Castel) et de sa date d'apparition ; 2° l'aspect des lésions, le terme de lichen linéaire devant être réservé aux affections-types avec papules à bords nettement limités par les plis de la peau, et présentant les points blancs et les stries de Wickham ; 3° l'évolution des lésions, qui est encore le meilleur élément du diagnostic.

Reste à interpréter la pathogénie de ces dermatoses linéaires ; on se trouve en face de deux théories : la théorie nerveuse et la théorie embryonnaire.

La théorie nerveuse comprend à son tour la théorie des territoires nerveux et celle des lignes de Voigt. L'hypothèse des territoires nerveux, dans lesquels se localisent parfois les dermatoses linéaires, peut s'expliquer par une névrite périphérique (dermatose linéaire du territoire du cubital succédant à un traumatique de ce nerf, contusion de l'épaule et eczéma limité au territoire du radial), par des lésions radiculaires ou ganglionnaires (lésions histologiques des ganglions correspondants dans deux cas de zona), enfin par des lésions métamériques de la moelle.

La théorie embryonnaire a été soutenue par Blaschko : au point d'accolement de deux territoires cutanés en formation, il se formerait une prolifération hyperactive du chorion, de l'épiderme et des couches sous-jacentes, qui prédisposerait ces régions aux manifestations morbides. La théorie embryonnaire semble être en faveur de nos jours. Mais il reste à se demander si la malformation agit simplement comme terrain favorable au développement d'une dermatose future, ou comme cause suffisante, auquel cas toutes les dermatoses linéaires devraient être considérées comme des nœvi. Balzer et Alquier ne se prononcent définitivement pour aucune de ces théories, dont la solution reste à attendre des recherches thérapeutiques, anatomo-pathologiques et peut-être bactériologiques.

J. C.

Formulaire Thérapeutique

V. — Les Pommades.

Le pansement gras.

Avant d'étudier les pommades, topiques à base de graisses, auxquelles on a incorporé un agent médicamenteux, il faut dire quelques mots de l'emploi thérapeutique des graisses à l'état pur, ou pansement gras.

Il est en effet tels cas où un état de sécheresse anormal de la peau, comme dans l'ichtyose, commandera de graisser celle-ci fréquemment pour tâcher de rendre à la couche cornée la graisse naturelle dont elle manque presque complètement, et pour restituer ainsi à la peau sa souplesse et l'empêcher de se fendiller et de se crevasser. Il existe, d'autre part, quelques dermatoses très graves, comme le mycosis fongoïde, au stade d'érythrodermie généralisée, où le revêtement cutané est malade dans son ensemble, et où l'on se trouve à peu près désarmé au point de vue de la thérapeutique locale ; le rôle du dermatologiste se trouve réduit à modifier l'état général ; au point de vue cutané, il ne peut que se borner à combattre l'état de la peau, l'exfoliation produite, et à calmer le prurit dont souffrent souvent les malades. Dans ces cas le pansement gras trouvera souvent des indications qui seront exposées plus au long dans un prochain article du *Cours de Thérapeutique des maladies cutanées.*

Ce pansement consiste en des frictions, en des applications faites avec une graisse, la plupart du temps une graisse solide. On pourra employer la vaseline ou la lanoline ; mais cette graisse pure a une consistance qui rend son application difficile ; on l'emploie plutôt mélangée à de la vaseline. La graisse qui rend peut-être les meilleurs services dans ce cas est l'axonge fraîche renouvelée tous les jours, pour qu'elle n'ait pas le temps de rancir. Le pansement sera complété par l'application, sur les parties graissées, de compresses de gaze ou de simples bandes de tarlatane, ou en recouvrant avec une lame de gutta-percha ou de protective.

*
* *

Composition chimique et pharmaceutique des pommades.

Les pommades, ou onguents des Allemands, sont, nous l'avons déjà dit, des topiques de consistance molle, à base de graisse ou d'huile, auxquelles on incorpore un agent médicamenteux actif en proportions variables.

Au point de vue pharmaceutique (Bretonneau et Desesquelles, *Bulletin médical*, juillet 1901), on peut distinguer trois modes de fabrication des pommades :

1° Les pommades par simple mélange, qui sont les plus usuelles et qui sont obtenues par la trituration dans un mortier de l'excipient et de l'agent médicamenteux, jusqu'à formation d'un produit homogène ; le

type en est fourni par la pommade mercurielle, la pommade soufrée, etc.

2° Les pommades par solution, préparées à froid ou à chaud, par macération ou par coction ; dans ce cas le mélange obtenu a une homogénéité parfaite ; comme exemples on peut citer la pommade camphrée, la pommade de bourgeons de peuplier, la pommade épispastique jaune.

3° Les pommades par combinaison chimique, dans la préparation desquelles il y a action réciproque de l'excipient sur le médicament ou inversement, et formation de combinaisons chimiques.

Au point de vue pratique, pour le médecin qui a à formuler une pommade, il n'est pas indifférent de s'adresser à n'importe quelle graisse. Comme nous l'avons déjà dit pour les pâtes, il faut tenir compte de l'état solide ou liquide du médicament à incorporer. Dans le second cas, on s'adressera uniquement à une graisse de laine, seule capable de former un mélange homogène avce la solution médicamenteuse.

*
* *

Mode d'action.

C'est l'étude du mode d'action des pommades qui a permis de mesurer le pouvoir d'absorption de la peau et le degré de penétrabilité des médicaments à travers l'épiderme.

Deux théories ont été émises ; pour les uns l'épiderme sain n'est perméable qu'aux substances volatiles, aux corps qui possèdent une certaine tension de vapeur à la température ordinaire (expériences de Linossier et Launois) ; quant aux solides et aux liquides, il ne peuvent être absorbés que s'il y a effraction de l'épiderme. Pour les autres, la peau, même protégée par un revêtement épidermique normal, absorbe une certaine quantité des agents médicamenteux qui lui sont présentés.

La perméabilité de la peau aux substances volatiles n'a pas besoin d'être démontrée. Tout le monde connaît les effets d'une friction avec une pommade riche en salicylate de méthyle.

Mais la peau est-elle imperméable aux solides ou aux liquides ? Il n'en est rien. Des expériences de Gallard (Académie des Sciences, mars 1900), consistant à faire des frictions cutanées avec une pommade à l'iodure de potassium et à rechercher l'iodure dans les urines, ont prouvé que la peau absorbait parfaitement l'iodure.

Pour prendre un autre exemple dans la thérapeutique dermatologique, il est un agent précieux en dermothérapie, l'acide pyrogallique, qui se présente sous forme d'aiguilles blanches, très légères, et qui est un réducteur très énergique.. Or l'acide pyrogallique ne peut s'employer que sur des lésions restreintes ; employé sur des surfaces trop étendues, on peut voir apparaître des phénomènes d'intoxication avec frissons, fièvre, coloration des urines.

Que faut-il conclure de ces exemples ? C'est que la peau, même intacte, sans la moindre effraction de l'épiderme, est perméable aux agents médicamenteux appliqués à sa surface et leur est d'autant plus perméable que ces substances lui sont présentées sous forme de pommades. Les médicaments incorporés aux pommades agissent donc sur la peau en profondeur, quoique cette action s'atténue de plus en plus avec la profondeur plus grande.

Rappelons ici ce que nous avons déjà dit en parlant de l'importance des excipients en dermatologie (V. *Revue Pratique*, n° 1, page 21); l'action profonde des pommades s'explique par l'occlusion de la peau qu'elles réalisent. Cette occlusion par les graisses,

qui n'est plus gênée par la présence de substances poreuses, comme dans les pâtes, est à peu près complète. La perspiration cutanée est abolie ; les produits des secrétions cutanées sont retenus à la surface de l'épiderme ; le résultat de ce processus est la production d'une inflammation locale, une dilatation des capillaires, des phénomènes congestifs et comme conséquence possible des phénomènes osmotiques plus actifs et une pénétration des médicaments en profondeur.

***

Indications

Les pommades conviennent donc à des lésions non irritables, à des dermatoses chroniques. Dans le traitement d'une dermatose aiguë, elles représentent le stade thérapeutique ultime et ne doivent succéder qu'à l'emploi successif du pansement humide, si la dermatose était très suintante, des pâtes simples puis des pâtes médicamenteuses.

En face d'une dermatose chronique, au contraire, après avoir assuré l'asepsie de la peau, on aura recours immédiatement à une pommade. Il est indiqué ici, en effet, d'agir immédiatement en profondeur, pour modifier les lésions, pour les attaquer avec énergie.

Nous n'insisterons pas longuement sur ces considérations que nous avons déjà exposées au cours de nos précédents articles.

***

Mode d'emploi.

Sous ce titre de mode d'emploi nous ne voulons pas comprendre la technique de l'application des pommades, qui est conforme à la technique du pansement gras, que nous avons déjà exposée, mais nous voudrions attirer l'attention sur un facteur important dans l'emploi des pommades : nous voulons parler du facteur *temps*.

On peut, en effet, employer une pommade contenant une dose de médicaments assez faible et la laisser appliquée en permanence. C'est le mode d'emploi usuel.

Mais il est une autre technique que nous employons couramment, à la Clinique de l'Etablissement Dermatologique qui consiste, à faire intervenir le facteur temps de la façon suivante : lorsque, dans le traitement d'une dermatose, on juge le moment venu d'employer les pommades, on commence à en prescrire l'emploi d'une façon interrompue : c'est à dire que le malade commence à appliquer la pommade pendant une heure par jour et applique le reste du temps une pâte simple, à l'oxyde de zinc ; puis, si les lésions ne réagissent pas trop fortement, il augmente insensiblement ou rapidement le temps d'application de la pommade. On tâte ainsi la sensibilité des lésions et l'on évite toute faute thérapeutique..

On peut également, dans les lésions chroniques, faire intervenir ce facteur temps dans un autre but, en employant un agent médicamenteux à dose extrêmement active, presque brutale, pendant un temps assez court, une demi-heure, une heure, deux heures par jour, puis en appliquant encore une pâte simple dans l'intervalle.

Il ne s'agit plus ici de tâter la sensibilité du sujet pour progresser d'une façon insensible, mais au contraire d'agir sur les lésions d'une façon brusque, brutale, si l'on veut bien nous passer ces expressions. Nous avons observé que l'on avait souvent intérêt à agir de la sorte, et que cette « action massive », dans un temps court, hâtait souvent la régression d'une dermatose, plus que l'emploi du même médicament à dose ordinaire et d'une façon ininterrompue.

L. Pautrier.

ENSEIGNEMENT MÉDICAL

COURS DE VACANCES

Du lundi 6 au samedi 23 octobre, des cours *élémentaires* et des démonstrations *pratiques* seront faites à l'Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, Paris.

LISTE DES COURS

Ophtalmologie	Dr Rochon-Duvigneaud.
Maladies de l'estomac	Dr Soupault.
Thérapeutique dermatolologique et syphiligraphique	Dr Leredde.
Oto-rhino-laryngologie................	Drs Laurens et Boulay.
Maladies des voies urinaires	Dr Noguès.
Massage.............................	Dr Marchais.
Électrothérapie.......................	Dr Zimmern.
Chirurgie pratique	Dr Souligoux.
Maladies mentales....................	Dr A. Marie.
Art de formuler.................	Dr Joanin.

Le programme collectif et détaillé des Cours et Démonstrations sera envoyé sur demande.

Chaque Cours comprendra en moyenne neuf leçons. Le prix de chacun est fixé à **20** francs, payables en s'inscrivant.

Pour les inscriptions et tous renseignements, écrire au Dr Marchais, 10, rue La Bruyère, Paris, IXe.

ERRATA DU NUMÉRO 3

Page 59, ligne 26, au lieu de : connues comme microbiennes ; lisez : connues comme amicrobiennes.

Page 59, ligne 30, au lieu de *pityriasis rosè de Gilbert ;* lisez : *pityriasis rosé de Gibert*.

Page 60, ligne 27, au lieu de : que n'avons que trop de formules, lisez : que nous n'avons que trop de formules.

Imprimerie de l'Institut international de Bibliographie de Paris. — VII-1901, n° 1002.

REVUE PRATIQUE
DES MALADIES CUTANÉES, SYPHILITIQUES ET VÉNÉRIENNES

Sur une forme spéciale de lupus tuberculeux de l'extrémité du nez

(*Lupus lymphangitique en nappe*)

Par **E. LEREDDE** et **L. PAUTRIER**

I

La germination du bacille de Koch dans la peau peut être le résultat de sa pénétration transépidermique, et consécutive à l'inoculation par voie externe ; l'exemple de lupus consécutifs à une inoculation vaccinale, à des piqûres d'origines diverses fournit, à cet égard, des faits aussi précis que des expériences de laboratoire. Mais, bien plus souvent, la tuberculose lupique n'est pas de cause locale; parfois elle a une origine sanguine, comme le prouvent les faits de lupus disséminé, développé chez l'enfant à la suite de maladies infectieuses ; en général, le bacille est apporté au derme par les vaisseaux lymphatiques; dans la tuberculose lupique de la face, il paraît provenir, dans la grande majorité des cas, de ceux qui prennent leur origine sur les muqueuses nasales (Audry, Dubreuilh, Leredde).

Même dans les cas où le lupus est né sur place, par inoculation de dehors en dedans, son extension dans la peau, la formation de nouveaux foyers sont dus à l'invasion des fentes lymphatiques du derme. Et on peut le considérer, dans tous les cas, comme une lymphangite réticulaire diffuse (Leredde). Cette lymphangite se révèle cliniquement par une infiltration du derme, au milieu de laquelle on trouve en plus ou moins grand nombre les lupomes caractéristiques, correspondant aux foyers de caséification, c'est à dire des taches couleur sucre d'orge, molles à la piqûre.

Or, il peut arriver que, pour diverses raisons, les foyers de caséification ne soient pas visibles dans le tissu lupique, et que par suite celui-ci ne présente pas de lupomes. Ainsi il existe des formes, très communes, où on observe une infiltration diffuse, entièrement molle; les lupomes ne sont pas visibles, même si l'on prend les précautions nécessaires pour les trouver : pression avec une lame de verre, nettoyage de la peau à la vaseline. La surface est irrégulière, parfois la tendance à la végétation devient extrême. Il en est ainsi, en particulier, à l'extrémité du nez.

On y trouve habituellement un état végétant, framboesiforme, avec une mollesse extrême ; ces caractères suffisent au diagnostic, en l'absence de lupomes visibles, aucune maladie de cette région ne pouvant donner un pareil aspect.

II

Parmi les lupiques qui se sont présentés à notre observation depuis deux ans, nous en avons vu quelques-uns qui offrent une forme différente de la précédente, et dans laquelle il est également impossible de trouver des lupomes, forme qui occupe aussi l'extrémité du nez. Ces cas peuvent prêter à des erreurs de diagnostic, très graves, parce que toute erreur compromet l'état du nez ; aussi croyons-nous utile de les grouper et d'en préciser les caractères cliniques.

Les caractères communs de cette forme, que nous proposons d'appeler : *lupus lymphangitique en nappe*, sont des plus simples : à la suite de symptômes d'origine intra-nasale, on voit survenir peu à peu une infiltration diffuse de l'extrémité du nez, de couleur rouge sombre, souvent molle, non douloureuse et qui persiste pendant un très long temps.

Ces caractères ressortent du reste très nettement des trois observations suivantes :

Observation I. — Mme Chr..., 50 ans. Vers 1893 a commencé a souffrir de son nez, à l'intérieur duquel se formaient des croûtes assez épaisses ; ces croûtes étaient persistantes et empêchaient la malade de se moucher et de respirer facilement. Elle négligea cependant de se faire soigner et les lésions restèrent en l'état pendant 5 à 6 ans. Puis, peu à peu, le nez commença à rougir extérieurement et les premières lésions cutanées apparurent en 1899. Lorsque nous avons examiné la malade pour la première fois en novembre 1900 l'extrémité de l'organe présentait une légère hypertrophie, et une couleur rouge violacé ; sur les rebords narinaires, de chaque côté, on distinguait une petite ulcération de la grosseur d'un grain de millet, et assez superficielle. La surface des lésions était plane et par places recouverte de quelques squames fines, superficielles ; sur la face externe du nez, on notait 2 ou 3 petites pustules. A la pression au doigt on sentait une infiltration généralisée de toute l'extrémité dorsale sans mollesse spéciale. Mais, par l'examen à la loupe, et par la pression à la lame de verre on ne pouvait distinguer ni télangiectasies, ni macules rougeâtres, *ni le moindre lupome.*

Ces lésions étaient complètement indolores, spontanément et à la pression.

Sur la joue droite, on trouvait un petit placard de lupus plan ayant les dimensions d'une pièce de un franc environ, de couleur rouge violacé, couvert de squames fines, sans lupomes appréciables au centre, mais avec 2 petits lupomes sucre d'orge sur les bords, visibles par la pression de la lame de verre.

L'examen intra-nasal pratiqué à cette époque sur notre demande par le Dr Laurens révélait l'état suivant : perforation cicatricielle de la cloison cartila-

gineuse avec périchondrite à la partie postérieure ; les deux faces de la portion restante de la cloison étaient rouges, tuméfiées, recouvertes de croûtes au-dessous desquelles on trouvait une muqueuse ulcérée, saignant spontanément.

Comme antécédents, on trouvait : un père mort de pneumonie, une fillette morte de méningite tuberculeuse ; chez la malade elle-même quelques ganglions dans l'enfance et un peu d'asphyxie des extrémités.

Le traitement photothérapique fut commencé immédiatement ; mais on se trouvait en présence d'une forme rebelle, très résistante. La malade a subi près de 80 séances espacées en deux ans et encore est-il aujourd'hui (juin 1902) impossible de la considérer comme tout à fait guérie. Elle avait paru l'être complètement l'an dernier ; toute ulcération avait disparu ; le nez avait repris une coloration à peu près normale. Mais de nouvelles lésions sont apparues sur la narine droite qui ont nécessité des séances longues, faites avec énergie et sur le résultat desquelles il est encore impossible de se prononcer.

Observation II. — Mme Br.., 30 ans. A commencé à souffrir à l'intérieur du nez en 1889, d'une façon constante. Il se formait, à l'intérieur de la narine gauche, de petits boutons que la malade sentait très bien avec le doigt, qui saignaient de temps en temps et se recouvraient de croûtes. Un an et demi après, en 1891, paraissait sur la narine gauche, extérieurement, un petit placard rougeâtre. La malade fit alors faire soigner ses lésions intranasales et fut examinée par le Dr Lubet-Barbon qui constata la présence de petites granulations siègeant sur la narine gauche et sur la cloison, et une perforation de cette dernière.

En février 1900, la malade constatait la présence à l'intérieur de la narine droite de petites saillies qui saignaient et se recouvraient de croûtes. Et, un mois plus tard, apparaissait un nouveau placard à l'extérieur, sur l'aile droite du nez.

Nous avons examiné la malade pour la première fois en décembre 1900. On notait alors une infiltration diffuse de l'extrémité du nez et de la narine droite ; cet organe était considérablement hypertrophié ; la coloration était rouge violacé, on ne distinguait aucune lésion de l'épiderme : pas de squames. L'examen à la loupe et la pression à la lame de verre ne décelaient *aucun lupome*, aucune télangiectasie ; la pression au doigt faisait reconnaître une infiltration considérable et *une mollesse assez grande*. Toutes ces lésions étaient absolument indolentes.

Les antécédents révélaient de la tuberculose familiale ; la mère et un frère morts tuberculeux ; la malade elle-même avait eu une congestion pulmonaire en 1898 ; l'auscultation révélait une diminution du murmure vésiculaire, une expiration prolongée, une inspiration rugueuse et quelques craquements au sommet gauche. On notait encore chez elle des engelures et des ganglions cervicaux dans l'enfance jusque vers l'âge de 15 ans ; depuis, un froid aux pieds persistant et une adénite cervicale apparue en même temps que la nouvelle poussée lupique, en un mot tous les stigmates de l'état que nous désignons sous le terme de scrofule, et, toutes les caractéristiques du terrain nécessaire au développement du lupus.

Le traitement photothérapique fut institué avec l'ancien appareil de Finsen. Quelques jours après le début du traitement, la pression à la lame de verre

permettait de reconnaître un lupome sucre d'orge, à la partie inférieure des lésions.

Ici encore on eut affaire à une forme des plus rebelles ; la malade a eu de décembre 1900 à octobre 1901, 70 séances de photothérapie et la guérison n'était pas encore définitive à cette époque bien que l'amélioration fût des plus considérables.

Observation III.— Mme Desp..., 33 ans. Au cours de l'année 1897, la malade commença à souffrir de la muqueuse nasale, et se moucher était devenu une douleur pour elle. Le nez avait un peu gonflé en même temps. Mais la malade habitait la campagne, et aucun examen nasal ne fut fait. 18 mois plus tard apparaissaient sur le nez et la joue droite 2 petits boutons rouges qui s'étalèrent bientôt et donnèrent naissance à 2 petits placards diagnostiqués comme lupiques. La malade, en soignant son lupus, consulta en même temps un rhinologiste qui reconnut à l'intérieur des narines des lésions qu'il diagnostiqua tuberculeuses. Lorsque nous examinâmes la malade, en février 1901, on notait un gonflement considérable de l'extrémité du nez, très augmenté de volume, mais ne présentant ni squames, ni télangiectasies, *ni lupomes*. Tout à fait sur l'extrémité du nez, on remarquait une petite ulcération arrondie, recouverte d'un enduit croûteux. Au toucher on sentait une infiltration diffuse. Aucune sensibilité à la pression, aucune douleur spontanée. Comme antécédents : sœur morte de pleurésie, et personnellement, coïncidant avec l'apparition des lésions, un amaigrissement de 16 livres, un peu de toux. A l'auscultation, murmure vésiculaire affaibli, submatité à gauche, expiration prolongée, soufflante.

Adénites cervicales infantiles. Engelures persistantes ; froid aux pieds persistant.

Comme les cas précédents, celui-ci fut des plus rebelles au traitement. La malade a eu une quarantaine de séances avant que la cicatrisation ne commence à apparaître. Encore n'est-elle pas complète aujourd'hui (juin 1902).

III

Les trois cas que nous venons de rapporter sont, il est facile de s'en rendre compte, comparables à tous les points de vue. Nous insisterons d'abord sur le début par la muqueuse nasale ; dans les trois observations, les symptômes dus aux lésions de celle-ci ont précédé l'apparition des accidents cutanés. Dans l'observation II, les faits ont la précision d'une expérience de laboratoire : lésions intra-nasales gauches : lupus consécutif de la narine gauche; plus tard, lésions intranasales droites : lupus consécutif de la narine droite. La relation de cause à effet nous semble établie avec la plus grande netteté.

Dans nos trois cas, nous notons des lésions cutanées identiques : œdème et hypertrophie de l'extrémité du nez, couleur rouge violacée, infiltration diffuse assez molle, occupant toute la partie inférieure de l'organe, sans aucune douleur, ni spontanément, ni à la pression. On voit que les symptômes sont peu nombreux ; c'est précisément la raison pour laquelle il importe de mettre en relief cette forme, afin

d'éviter les erreurs de diagnostic. Comme dans toutes les variétés du lupus, il importe que le médecin puisse reconnaître l'affection presque à son début ; il peut ainsi rendre les plus grands services aux malades.

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature dermatologique française de description correspondant à la forme de lupus qui vient d'être décrite. Elle nous paraît cependant ne pas devoir être rare, puisque nous en avons noté trois cas sur une cinquantaine de malades atteints de lupus tuberculeux observés en moins de deux ans. Il est probable qu'elle représente souvent le stade initial, mais passager de la forme commune, végétante, de l'extrémité du nez (1).

IV

Sur quels symptômes le médecin doit-il fonder son diagnostic d'une manière assez positive pour pouvoir donner une direction thérapeutique précise aux malades ?

A notre avis, peuvent être confondues avec cette forme de lupus : la *syphilis tertiaire* et l'*acné rosée*.

L'existence des lésions de la muqueuse précédant les lésions de la peau n'a pas d'importance au point de vue pratique, car elles s'observent souvent dans la syphilis nasale avant le développement des altérations cutanées ; rien ne prouve du reste qu'elles soient constantes dans la forme que nous avons décrite, et on peut imaginer des cas où le début par la muqueuse, qui doit exister quatre-vingt-quinze fois sur cent quand il existe un lupus du nez, quelle qu'en soit la forme clinique, ne se révèlera par aucun symptôme précis.

Il faut attacher beaucoup plus d'importance aux symptômes fournis par l'état de la peau.

1° Les lésions syphilitiques sont en général nettement limitées ; les

(1) M. Lenglet écrit dans l'article qu'il a consacré au lupus : Pratique Dermatologique, t. III, p. 777 :

« Dans une quatrième variété beaucoup moins connue, dont l'existence nous a été signalée par Brocq et par Leredde, le lupus se localise au bout du nez qui devient violacé, turgide et froid. Quand on scarifie, le sang qui coule est lui-même froid suivant la remarque de Brocq. Les lupus congestifs du bout du nez sont fréquemment confondus avec le nez violacé des strumeux et ils sont souvent symptomatiques du lupus vorax de la muqueuse nasale ».

M. Lenglet classe ce type dans les variétés anormales du lupus vulgaire, entre le lupus érythématoïde de Leloir et le lupus pernio.

Je ne connais pas exactement les faits de Brocq auxquels Lenglet fait allusion. La description qu'il donne paraît s'appliquer à une forme voisine du lupus pernio, associée à des lésions de la muqueuse (Leredde).

Mais la forme qui est décrite dans le travail publié aujourd'hui par la *Revue Pratique* se distingue nettemement du lupus pernio ; c'est un lupus vulgaire, *dans lequel on ne voit pas de lupomes*.

A notre avis, beaucoup de lupus végétants, du type qu'on observe communément à l'extrémité du nez doivent commencer par les lésions qui viennent d'être décrites, mais les réactions des tissus sont actives, et le lupus ne garde que passagèrement la forme lymphangitique en nappe.

lésions lupiques que nous avons décrites n'ont pas de bord, la couleur se confond insensiblement avec celle de la peau saine ;

2° Les lésions syphilitiques de l'extrémité du nez sont en général formées de tubercules agglomérés; aussi leur surface est elle irrégulière; elles paraissent formées de nodules devenus confluents à leur base tandis que, dans le lupus lymphangitique, les lésions forment une infiltration en nappe, absolument plane.

3° Les lésions syphilitiques sont dures alors que les lésions lupiques sont molles ;

4° Les lésions lupiques et syphilitiques peuvent s'ulcérer ; mais le fond des ulcérations lupiques présente une mollesse que ne peut présenter celui des ulcérations syphilitiques. En outre si on introduit un scarificateur dans la lésion, on constate dans les premières qu'on peut pénétrer à une très grande profondeur, sans résistance, dans un tissu mou « comme du beurre ». Les croûtes qui recouvrent les ulcérations seront plus molles, moins adhérentes dans le cas de lupus.

L'*acné rosée du nez* n'est pas difficile à distinguer du lupus lymphangitique en nappe : les lésions sont à la fois plus superficielles et plus diffuses ; elles envahissent la peau du nez dans toute son étendue, et dans la règle, s'associent à des lésions du même ordre sur les joues. Dans le rhinophyma, on constate normalement une dureté, une résistance des tissus qui fait contraste avec la mollesse du tissu lupique, d'autant plus grande que l'hypertrophie est plus marquée.

Pour être complet dans cette étude diagnostique, nous pourrions citer encore la *farcinose mutilante de la face* décrite par Besnier et Hallopeau. Les lésions ont une évolution lente, mais dans les cas décrits s'accompagnent d'ulcérations profondes et de destructions étendues qui n'appartiennent pas à notre forme de lupus. Les lésions sont des plus marquées au niveau du canal nasal. La cavité buccale est atteinte. Enfin il est assez facile de mettre les bacilles de la morve en évidence, par culture sur la pomme de terre et inoculation au cobaie mâle.

Tous ces éléments de diagnostic peuvent suffire à celui qui connaît la dermatologie, et qui peut avoir confiance dans son jugement parce qu'il possède l'éducation indispensable du sens visuel, mais tout médecin ne la possède pas et peut, dans un cas particulier, désirer acquérir une conviction réellement scientifique sur la nature du cas qui est soumis à son observation. Il peut disposer de plusieurs moyens.

1° *Recherche des bacilles tuberculeux dans les sécrétions nasales.* — Il nous a été possible dans certains cas de mettre en évidence les bacilles de Koch contenus dans la muqueuse nasale par l'emploi de l'iodure de potassium.

On sait quelle importance a, au point de vue pratique, la recherche des bacilles de la lèpre dans le mucus du nez (Jeanselme), et qu'elle permet souvent d'affirmer le diagnostic là où on ne pouvait que le soupçonner. Dans un cas où l'examen du mucus ne me montra aucun bacille, il me suffit de donner 0 gr. 50 d'iodure de potassium à la malade pour en faire apparaître un grand nombre dans le mucus sécrété en plus grande abondance (Leredde).

Il peut en être de même dans la tuberculose, et on peut faire apparaître des bacilles de Koch dans les sécrétions nasales en donnant pendant vingt quatre heures de l'iodure au malade. Nous n'avons pas encore sur ce point un assez grand nombre de cas pour savoir quelle sera l'importance de ce moyen au point de vue du diagnostic régulier d'un lupus du nez ; toutefois il est intéressant de le signaler en raison de sa simplicité, et de la facilité qu'il peut offrir pour établir en quelques heures un diagnostic absolument ferme.

2° *Tuberculine.* — Pour des raisons d'ordre sentimental, l'emploi de la tuberculine est abandonné en France — depuis qu'elle a donné les désastreux effets thérapeutiques que l'on sait — et cependant elle représente, au point de vue scientifique, le moyen le plus sensible et le plus précis pour le diagnostic précoce de la tuberculose dans un grand nombre de cas, et dans ceux où, grâce à un diagnostic précoce, on peut guérir telle ou telle forme de tuberculose, on a le droit de recourir à la tuberculine, car, aux doses où on l'utilise, comme moyen de diagnostic, *elle n'offre pas de danger.*

On ne se sert plus actuellement en Allemagne des nouvelles tuberculines de Koch, entre autres de sa tuberculine T R. On en est revenu à sa tuberculine primitive de 1890.

En France on emploie la tuberculine de l'Institut Pasteur préparée au moyen d'une culture de bacilles de tuberculose aviaire en bouillon glycériné, stérilisée à 100°, concentrée au 1/10 au bain-marie, puis filtrée sur papier. Cette tuberculine, ou *tuberculine brute,* est un liquide sirupeux, brunâtre. On la dilue, au moment de l'employer, dans une solution phéniquée à 1/500. On doit injecter la première fois 1/10 de milligramme, puis 5/10 de milligramme. A ces doses, l'emploi de la tuberculine est complètement inoffensif, et suffisant à produire une réaction fébrile et la réaction locale nécessaire au diagnostic.

3° *Injection de calomel.* — Enfin l'injection de calomel représente un excellent moyen de diagnostic ; cependant les procédés précédents permettent d'affirmer l'existence d'un lupus ; la non rétrocession par le calomel indique seulement qu'il ne s'agit pas de syphilis. On injectera en suivant la technique classique (1) 0 gr. 10 de calomel dans la

(1) Leredde, *La question des injections mercurielles dans le traitement de la syphilis.* Revue Pratique des Mal. cutanées, avril et mai 1902.

fesse, et huit jours après la même dose. Chez la femme,dans les conditions normales, il nous semble qu'il faut injecter 0,08 et non pas 0,05 comme on le conseille d'habitude.

Au bout de huit ou quinze jours au plus, les modifications d'aspect seront telles que la nature syphilitique on non syphilitique des lésions sera démontrée.

Si dans de nombreux cas de lupus la biopsie peut être utile pour établir le diagnostic, nous ne pouvons la recommander d'une manière générale dans les lésions du nez, à cause de la gêne produite par une cicatrice en une telle région.

V

La difficulté du traitement, dans le type morbide que nous venons de décrire est due en grande partie à son siège, dans une région où les lésions peuvent atteindre une épaisseur importante et atteignent en réalité l'épaisseur de la narine entière, de la muqueuse nasale à la peau. La galvanocautérisation ne peut guérir des lésions aussi diffuses qu'en amenant une sclérose extrêmement dense, et à la condition d'un résultat esthétique des plus mauvais. La scarification, qui constitue une excellente méthode thérapeutique dans les formes extrêmement molles et végétantes de l'extrémité nasale, au moins à leur début, et qui peut faire disparaître l'état végétant, ne nous paraît pas indiquée dans des lupus en nappe où il faudrait faire pénétrer le scarificateur à une profondeur excessive pour modifier les tissus dans toute l'étendue où ils sont malades. Seule la photothérapie nous paraît convenir comme méthode régulière. Encore avons-nous vu que les résultats définitifs sont longs et difficiles à obtenir. Les adversaires de la méthode peuvent conclure à son insuffisance; il est plus logique, pour qui connaît la puissance de la photothérapie, de conclure simplement au caractère rebelle des formes dans lesquelles elle ne donne pas de résultats rapides et c'est ce qui nous semble le cas actuellement. Seule, elle peut dans une certaine mesure, stériliser la muqueuse nasale que peuvent aborder les rayons chimiques concentrés sur la peau, dans une mesure trop faible, à cause de la vascularisation persistante.

Le traitement des lésions de la muqueuse nasale sera poursuivi en même temps que celui de la peau par tous les moyens dont disposent les rhinologistes et, de préférence, les plus énergiques.

COURS DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE DES MALADIES DE LA PEAU

5e Article.

APPLICATIONS DES MÉTHODES ASEPTIQUE ET ANTISEPTIQUE

DERMATOSES BULLEUSES INFECTÉES.

Dans les dermatoses bulleuses d'origine interne probable, telle que le pemphigus aigu malin ou certaine : dermatose de Duhring, pemphigus traumatique, le traitement externe a pour but de faciliter l'élimination des liquides formés dans la peau, d'éviter les infections secondes, et quand elles se produisent, ce qui est très fréquent, d'éviter leur pénétration en profondeur ou leur extension en surface. Les vésicules et les bulles doivent toujours être ouvertes, sauf dans quelques cas où l'expérience aura démontré qu'elles ne s'infectent pas et où l'ouverture ne soulage pas le prurit. On fera des pansements avec des pâtes, ou des pansements demi-humides à l'eau bouillie additionnée de borate ou de bi-carbonate de soude (2 p. 100). Les bains généraux, additionnés de son, d'amidon et de gélatine seront donnés avec prudence.

Lorsque des ulcérations paraîtront devoir s'étendre, les cautérisations superficielles au nitrate d'argent, mieux encore à l'acide picrique à 1 p. 200, à l'eau d'Alibour, pourront les arrêter facilement. A la suite, on fera des pansements aseptiques.

Il serait possible d'étendre le chapitre des applications de la méthode aseptique et de la méthode antiseptique en dermatologie. Mais les pages qui ont été consacrées à l'étude générale des méthodes antimicrobiennes ont eu pour but de permettre aux médecins qui ont bien compris les règles que j'ai formulées et l'esprit dans lequel elles ont été formulées de ne pas étudier d'une manière isolée le traitement de chacun des cas particuliers qu'ils peuvent rencontrer, et de comprendre ce qu'ils doivent faire dans ceux qui se présentent à leur observation. Je n'insisterai donc pas sur le traitement de certaines dermatoses superficielles d'origine microbienne ; d'autre part quelques-unes seront étudiées dans le chapitre : Méthode antiphlogistique. Parmi les infections de la peau, il en est qui prennent le caractère *hypertrophique* et *végétant*, et qui relèvent de la méthode caustique, que nous étudierons plus tard : par exemple certaines lésions soumises à une humidité persistante dans les plis. La destruction des tissus hypertrophiques une fois accomplie, on appliquera le traitement qui convient à l'infection primitive. Un exemple en est fourni par certains lupus

végétants, où les applications de permanganate de potasse peuvent précéder l'emploi de la photothérapie; mais nous reviendrons sur tous ces points.....

Dans certaines maladies de nature parasitaire, l'emploi de la méthode caustique peut être également utile dès le début. Je citerai, par exemple, *l'ulcère annamite* où le traitement par le thermocautère du fond et des bords pourra être nécessaire, lorsque le repos, l'asepsie n'amèneront pas une amélioration suffisante, encore plus si les lésions s'étendent. En principe, je préfère un traitement de ce genre à l'application permanente d'antiseptiques forts, dont on ne peut mesurer l'action sur les tissus, tantôt trop légère, tantôt trop profonde et souvent nuisible pour les tissus voisins dont l'intégrité importe essentiellement à la réparation.

MÉTHODE ANTIPHLOGISTIQUE

La *méthode antiphlogistique* (1) pourrait être confondue avec la méthode aseptique, car ses procédés sont à peu de chose près les mêmes, s'il était démontré que les inflammations aiguës auxquelles elle s'adresse sont des inflammations microbiennes, ce qui n'est pas. D'autre part, toutes les maladies auxquelles nous appliquerons ses procédés, eczéma aigu, séborrhéides eczématisées aiguës, dermites infantiles, dermatites artificielles aiguës, ont pour caractère commun d'être des inflammations irritables, qui s'exagèrent par la moindre faute thérapeutique, et si les procédés de la méthode antiphlogistique sont ceux de la méthode aseptique, leur mode d'emploi exige des précautions minutieuses, une gradation méthodique qui doit être indiquée dans ses détails, et rendent utile un chapitre spécial consacré à cette méthode.

Le mot inflammation n'a plus le sens qu'il avait autrefois : il s'applique en pathologie générale à toutes les réactions provoquées dans les tissus par une cause morbide agissant directement. Mais la méthode antiphlogistique s'adresse à des inflammations de la peau ayant les caractères classiques assignés autrefois, rougeur, œdème et gonflement, élévation de température locale. Il n'y a pas de douleur, mais souvent du prurit. Dans l'eczéma aigu, les dermatites artificielles aiguës, les séborrhéides eczématisées aiguës, le sérum, plus ou moins modifié, s'infiltre dans l'épiderme, forme des vésicules qui se rompent et, la peau ouverte, survient un suintement diffus.

Le traitement de ces inflammations constitue une des difficultés considérables de la thérapeutique dermatologique. Les médecins qui ignorent celle-ci et ne l'ont pas pratiquée d'une manière continue

(1) Je tiens à dire ici combien je dois, pour la rédaction des chapitres « Méthode aseptique » et « Méthode antiphlogistique » à l'article magistral de E. Besnier, consacré au traitement de l'eczéma : Traité de Thérapeutique de A. Robin, Paris, Rueff, 1897.

sont exposés à augmenter les accidents cutanés, en agissant activement lorsqu'il ne convient pas de le faire. Presque tous, rendus prudents par quelques échecs dont l'origine a été mal comprise, n'osent plus intervenir d'une manière active au moment où il le faudrait ; ainsi se prolongent certaines maladies au grand détriment des malades, maladies qui disparaîtraient rapidement si l'on faisait intervenir à propos les agents réducteurs, destinés à provoquer des réactions vives et à faire disparaître les réactions pathologiques antérieures, sans doute en provoquant des actes de défense énergiques qui ne se produisent plus dans des tissus lésés depuis longtemps.

Ces inflammations de la peau peuvent être observées dès leur début avant la période de suintement. A ce moment, un seul procédé thérapeutique peut être employé d'une manière régulière, l'application de poudres. Peu importe lesquelles : amidon, oxyde de zinc, talc, lycopode ; s'il s'agit de poudres minérales, elles devront être porphyrisées. Ces poudres seront appliquées largement, et l'application sera répétée plusieurs fois par jour ; on les maintiendra en place par des pansements légers de gaze, de lint aseptique. Si les lésions occupent les régions couvertes, on proscrira d'une manière absolue le contact de vêtements de coton ou de laine ; seul du linge de toile doit être en contact direct avec la peau. C'est la première règle de l'hygiène cutanée des eczémateux entre les attaques d'eczéma comme pendant leur durée ; nous la retrouverons du reste dans d'autres dermatoses, chez les prurigineux en particulier. Si le malade porte habituellement de la laine ou du coton sur la peau, il interposera de la toile entre ses vêtements habituels et la peau elle-même.

Contre les sensations de prurit aucune médication active ne doit être dirigée. Les réducteurs, comme les anesthésiques tels que le phénol, le menthol, sont dangereux, et nous reviendrons sur ce point, lorsque nous étudierons les méthodes antiprurigineuses. *La méthode antiphlogistique, bien appliquée, doit suffire à calmer le prurit ;* en tout cas on ne peut faire plus, et il y a danger à employer d'autres procédés.

L'application de poudres soulage le malade et suffit parfois à amener la rétrocession des lésions inflammatoires ; on peut poser comme règle générale que tout autre procédé peut les augmenter, en dehors des lotions et des pulvérisations. A cette période initiale, l'application d'une pommade quelconque, de vaseline ou de lanoline amène fréquemment une aggravation ; elles produisent comme nous l'avons indiqué plusieurs fois dans cette *Revue*, une élévation de température locale ; elles accroissent la congestion de la peau ; leur danger se comprend facilement. Il est plus difficile d'expliquer celui des bains, qui n'est pas moins certain ; *il est d'observation courante qu'un bain, donné chez un eczémateux au début, provoque une poussée*

d'eczéma étendue, *même généralisée*. C'est là une faute thérapeutique fréquente, contre laquelle le médecin ne saurait être mis trop en garde. Au point de vue local, les pansements humides sont également dangereux, sinon dans tous les cas, au moins dans un grand nombre, à la période où le suintement n'est pas établi.

L'apparition du suintement, la formation de croûtes, dues à la coagulation des liquides exsudés, correspondent à la période d'acmé, et indiquent que l'inflammation a dépassé son état le plus intense ; à partir de ce moment, elle doit en général décroître ; il en est de même de l'irritabilité de la peau. C'est également la période où se développent les infections secondes.

On devra, dès lors, faire alterner l'emploi de poudres avec des pulvérisations et des lotions que l'on peut du reste opérer parfois dès la période initiale, et qui ont quelquefois alors un effet calmant. Les pulvérisations sont indispensables s'il se forme des croûtes ; suivant l'abondance de celles-ci, on fera une ou deux pulvérisations par jour, pour nettoyer *intégralement* les surfaces. On ne se servira du reste que d'eau bouillie ou mieux de sérum physiologique.

Les lotions seront faites deux fois, trois fois, quatre fois par jour, au moyen de coton hydrophile aseptique, et d'eau tiède, dans laquelle on aura fait dissoudre diverses substances, émollientes ou alcalines faibles. On commencera par des émollients ; peu à peu on pourra arriver à des solutions réellement actives en graduant régulièrement l'intensité du traitement et en surveillant l'effet produit, lorsque l'on a affaire à des lésions très irritables. Toutes les formules de décoctions et d'infusions émollientes et astringentes que nous avons indiquées au sujet de la méthode aseptique peuvent être employées ici, et il est inutile d'insister.

Comme solutions alcalines on pourra employer l'eau boratée sodique (1 p. 100), l'eau bicarbonatée sodique (1 p. 200, 1 p. 100); on pourra également lotionner avec de l'eau contenant des antiseptiques faibles et ramenée à l'état neutre, par exemple, la poudre suivante (Hallopeau) :

Acide borique	10 gr.
Acide salicylique.....................	5 gr.
Borate de soude......................	11 gr.

Pour un litre d'eau.

Si l'on veut réduire le suintement, on essaiera des lotions avec la liqueur de Bürow, très employée en Allemagne :

Alun..................................	5 gr.
Acétate de plomb	25 gr.
Eau..................................	300 gr.

On étendra de quatre à six fois le volume d'eau bouillie.

Enfin on peut faire des pansements permanents, soit émollients au moyen de cataplasmes de fécule de pomme de terre, de ouataplasmes, soit *demi-humides* au moyen d'eau bouillie ou de sérum physiologique. On prendra les mêmes précautions qui ont déjà été indiquées ; le pansement sera à peine plus grand que les régions malades ; à la limite de celles-ci on appliquera une pâte de zinc molle :

Eau de chaux........................	ââ 5 gr.
Huile de lin.........................	
Oxyde de zinc......................	
Craie préparée,....................	

Enfin le pansement sera renouvelé assez souvent pour rester toujours humide et les bandes appliquées pour le maintenir seront disposées de façon qu'il ne puisse se déplacer, et qu'il ne puisse se déssécher.

Dans les formes habituelles d'eczéma aigu, on pourra peu à peu ajouter au pansement humide des substances un peu actives et, à cet effet se servir de liqueur de Bürow très étendue (dix, vingt fois le volume d'eau), de décoctions astringentes (fleurs de sureau, de camomille, etc.).

Lorsque le médecin peut surveiller de près le malade, la période de pansements humides. de lotions, de pulvérisations sera souvent courte ; on cherchera à la diminuer le plus possible ; en général, on ne verra pas les lésions rétrocéder rapidement tant que des glycérolés et des pâtes ne seront pas appliquées sur la peau malade.

Le glycérolé d'amidon, qui doit toujours être fait au moyen d'une glycérine strictement neutre, se prépare, je le rappelle, en ajoutant à 14 parties de glycérine une partie d'amidon et en faisant cuire doucement, en agitant sans cesse avec une baguette de verre. C'est un agent précieux de traitement dans les dermatoses irritables, parce qu'il peut se laver et parce qu'il a une action décongestionnante sur la peau. On peut incorporer des poudres et faire ainsi des pâtes à base de glycérolé d'amidon auxquelles on peut ajouter la plupart des substances actives employées en dermatologie.

Les pâtes exercent sur les lésions irritables une influence évidente, elles amènent la décongestion et l'affaissement des lésions, elles diminuent le suintement lorsqu'il existe. Dans l'eczéma aigu, il convient d'employer d'abord des pâtes molles, contenant de l'eau de chaux, par exemple, la pâte de zinc molle, de Unna, sans poudre, et d'éviter de déssécher trop brutalement les lésions ; plus tard seulement on peut employer les pâtes sans eau et poudrer largement ; je me sers, pour ma part de la pâte de Malcolm Morris :

Oxyde de zinc....................	5 gr.
Kaolin...........................	15 gr.
Vaseline.........................	30-40 gr.

Les pâtes seront nettoyées, au moins une fois par jour, très doucement avec de l'huile, ou de la vaseline.

Enfin, lorsque les pâtes et les glycérolés sont supportés depuis quelque temps, on pourra changer de méthode et employer sans crainte les réducteurs. D'abord les réducteurs faibles : l'ichtyol, le thiol, puis les réducteurs plus énergiques, huile de cade, pyrogallol. Ces réducteurs seront incorporés à des pâtes ou à des pommades. Il sera parfois utile de faire, chaque jour, des applications de réducteurs à doses assez fortes, pendant un temps assez court et graduellement croissant, suivies d'applications de pâtes ou de pansements demi-humides, plutôt que de laisser pendant vingt-quatre heures les mêmes agents à doses plus faibles sur la peau.

On voit quels sont les procédés de la méthode antiphlogistique. Il s'agit surtout d'utiliser les propriétés physiques des agents appliqués sur la peau pour modifier l'état inflammatoire de celle-ci. Quelques nuances seront indiquées lorsque nous nous occuperons des maladies auxquelles elle s'applique. La gradation très prudente que nous avons indiquée est surtout nécessaire quand on a affaire à un eczéma aigu. Dans les dermatites artificielles aiguës, on pourra appliquer des pâtes dès que le suintement sera établi, sauf à faire tomber les croûtes par des pulvérisations ; la guérison sera en général plus rapide que si l'on emploie des pansements humides. Dans les séborrhéides eczématisées aiguës, la période de pansements humides sera courte. on couvrira très rapidement la peau de pâtes ou de glycérolés. L'action des réducteurs sera surveillée avec une extrême attention, on ne devra les incorporer aux pâtes que lorsque l'œdème sera presque totalement disparu. Enfin les dermites infantiles sont souvent dues au séjour de liquides, irritants il est vrai, sur les régions fessières et inguinales ; on ne fera de pansements humides que si les autres procédés ne suffisent pas, ce qui sera exceptionnel. Dans les cas très intenses, les cataplasmes de fécule froids valent mieux que les pansements à l'eau bouillie. En dehors de ces cas, on ne donnera pas de bains, on nettoiera simplement les régions malades avec des décoctions émollientes, ou des solutions antiseptiques neutres ; on sèchera *doucement* à la suite, et on poudrera largement. Les pâtes doivent être appliquées le plus tôt possible, et peu après que l'inflammation aura atteint son maximum.

Le *caoutchouc*, très employé dans certains eczémas depuis Besnier, et recommandé systématiquement par Tenneson, me paraît, à tout

prendre, un moyen de la méthode antiphlogistique. Il est du reste difficile d'indiquer son action d'une manière précise. Le caoutchouc est dangereux toutes les fois que la peau présente une infection banale et qu'il peut se former du pus. On ne l'appliquera que sur des surfaces aseptisées. A cette condition, il a pour effet d'augmenter les sécrétions séreuses de la peau, et c'est là parfois un résultat précieux. Il est bien certain que dans certains cas des produits irritants sont éliminés par ces sécrétions et qu'il peut y avoir intérêt à exagérer leur élimination; d'autre part il est des cas où les liquides exsudés dans le derme ne sont pas résorbés assez activement par les fentes lymphatiques de la peau; l'application du caoutchouc produit à la longue une décongestion et une diminution de l'œdème. C'est un moyen de traitement difficile à manier à propos; pour ma part je m'en sers *rarement*, *mais je m'en sers* dans des eczémas qui ont dépassé la période la plus aiguë et où la rétrocession ne se fait pas graduellement par les autres procédés antiphlogistiques. A vrai dire, je l'emploie d'une manière empirique.

Les règles de l'emploi du caoutchouc doivent être suivies d'une manière minutieuse. On se servira de préférence de toile caoutchoutée excessivement fine et souple. La dimension des morceaux appliqués sur la peau ne dépassera sous aucun prétexte celle des régions malades. La toile caoutchoutée sera enlevée trois fois par jour, et lavée à fond avec de l'eau bouillie ou boriquée, ainsi que les surfaces malades. Dès qu'on observera la moindre infection, on supprimera l'emploi du caoutchouc. Enfin on ne le continuera pas indéfiniment sous peine de prolonger presque toujours la durée des lésions.

Du pansement simple en dermatologie.

Traitement des états inflammatoires chroniques.

A l'étude de la médication antiphlogistique se rattache assez naturellement celle du « pansement simple » qui constitue en somme une variété de cette méthode. Il existe des dermatoses graves, étendues, où la peau présente des lésions extrêmement profondes et ne peut supporter aucune application active, soit qu'elle réagisse toujours par un état inflammatoire, soit qu'il survienne du prurit, soit que les lésions existantes s'exagèrent purement et simplement. Parmi ces dermatoses, signalons le mycosis fongoïde étendu, à lésions circonscrites ou de forme érythrodermique, certains grands psoriasis rouges, intolérants, les dermatites exfoliatrices chroniques, le pemphigus foliacé, les érythrodermies de tout ordre....

Dans ces affections, pour calmer l'état inflammatoire chronique, pour éviter de le provoquer même, il n'y a pas lieu de dessécher la peau, d'accélérer l'évaporation naturelle ; il semble même, que dans certains cas, l'évaporation cutanée étant trop forte, les éliminations

trop actives, il y a intérêt à les ralentir. D'autre part, il convient de protéger les téguments contre les irritants extérieurs de tout genre.

On sait, et en particulier depuis les recherches de Jacquet quel rôle ils peuvent jouer lorsque la peau est altérée, et ne se défend plus d'une manière normale contre les influences ambiantes, mécaniques, thermiques, physiques de tout ordre. Chez ces malades, la congestion est considérable, la simple exposition à une température moins élevée, l'action d'enlever une chemise provoquent un frisson, un claquement de dents. Sèche ou humide, la peau ne se défend plus comme à l'état normal par une couche de graisse superficielle, car les fonctions graisseuses du tégument sont inhibées.

L'indication fondamentale est de graisser la peau, pour ralentir l'évaporation superficielle. Sans agir sur les lésions, on les met ainsi dans le meilleur état possible. Le pansement gras peut se faire avec tout corps gras, vaseline, mélange de vaseline et de lanoline, huile d'amandes douces stérilisée, cérat.

M. Brocq emploie souvent le cérat frais sans eau :

Huile d'amandes douces...............	150 gr.
Cire blanche.........................	50 gr.

(Codex)

Le cérat allemand a pour formule :

Cire jaune...........................	20 gr.
Huile d'olive........................	50 gr.

Le corps gras qui réussit le plus souvent est l'axonge benzoïnée ou mieux encore l'axonge fraîche. Il faut avoir soin de la renouveler tous les jours, c'est la seule condition pour qu'elle ne soit pas irritante. Les lésions dans lesquelles on applique le pansement simple étant dues à des maladies graves et prolongées, on aura tout le temps de déterminer par tâtonnements, peu à peu, le corps qui convient le mieux au malade, qui le soulage le plus.

A côté des corps gras, je mentionnerai toute la série des crèmes, depuis le liniment oléo-calcaire stérilisé (1), le liniment de Letzel, les mélanges de lanoline, vaseline et eau, jusqu'au cold-cream (2).

(1) Liniment oléocalcaire

Huile de lin........................	} ãã
Eau de chaux........................	}

Liniment de Letzel :

Huile d'œillette....................	99 parties
Acide salicylique...................	1 »

chauffer jusqu'à solution complète et ajouter à froid au mortier :

Eau de chaux........................	100 parties
Oxyde de zinc.......................	5 »

(Leistikow).

(2) Cold cream :

Cire blanche........................	30 gr.
Blanc de baleine....................	60 gr.
Eau de roses........................	60 gr.
Huile d'amandes douces..............	215 gr.
Teinture de benjoin.................	5 gr.
Essence de roses....................	X gouttes.

A ces corps gras et à ces crèmes, on peut ajouter des médicaments actifs, toujours avec une très grande prudence et d'une manière progressive. En général, il s'agira surtout de diminuer le prurit (v. *méthode antiprurigineuse*), et, dans ce but, on incorporera aux agents de pansement des antiprurigineux, menthol, phénol, acide acétique, ou plus souvent des réducteurs légers, les goudrons faibles comme l'ichtyol, le sapolan, le naftalan, parfois même des réducteurs forts, comme l'acide pyrogallique. On se rappellera du reste que la peau, dans la série de dermatoses auxquelles peut s'appliquer le pansement simple est extrêmement absorbante et on aura soin de ne pas appliquer sur de larges surfaces des agents aussi dangereux que le pyrogallol ou même, à doses un peu fortes, l'acide phénique.

Contrairement aux malades atteints d'inflammations aiguës, actives, ceux dont nous nous occupons maintenant peuvent supporter des bains et même en tirer un réel bénéfice. Les seuls qui conviennent dans la généralité des cas sont les bains émollients, bains d'amidon, (300, 500 gr. par bain) bains de gélatine (colle de Flandre, 250, 500 gr. par bain). Brocq emploie le bain de graines de lin qu'on prépare en faisant bouillir dans un sac qu'on exprime après ébullition cinq kilogs de graines. Au bain ainsi préparé on peut ajouter de la gélatine. Tous ces bains doivent être donnés à une température de 34°-36°. La durée peut être très longue; le bain prolongé où l'on maintient, à Vienne, les malades pendant des jours et des mois même, a été appliqué aux grands psoriasiques, aux érythrodermiques de tout ordre, aux malades atteints de pemphigus foliacé. En somme, les malades sont ainsi soumis à un pansement humide permanent. Les bénéfices réels valent-ils l'ennui pour le malade, la gêne pour son entourage, que peuvent amener un séjour prolongé dans l'eau? Je ne le sais, n'ayant pas encore eu pour ma part l'occasion d'appliquer le bain prolongé ; il est possible qu'en France nous y soyons réfractaires parce que nous n'en avons pas une expérience suffisante. Il est certains malades chez lesquels tous les moyens doivent être employés pour soulager le prurit, nettoyer la peau et diminuer l'état congestif.

Les lotions émollientes peuvent remplacer dans une certaine mesure les bains chez les malades soumis aux pansements simples. Elles permettent de nettoyer la peau. On peut y ajouter des agents antiprurigineux.

Parmi les grandes dermatoses érythrodermiques et généralisées, les plus graves, au point de vue du trouble qu'elles apportent à l'existence, les plus gênantes sont celles qui s'accompagnent d'un état humide persistant, par exemple le pemphigus foliacé. La peau, imbibée de liquide sécrété est macérée, souvent infectée superficiellement ; les malades présentent l'odeur si désagréable qui est due à la macération de la couche cornée. Chez eux, le pansement simple ne suffit pas

à amener un soulagement réel, mais jusqu'à nouvel ordre, les dermatologistes n'ont pas mieux à leur disposition.

Il est possible que dans ces cas les pâtes trouvent des indications, qu'elles n'ont pas dans les autres grandes dermatoses chroniques.

ECZÉMAS AIGUS

On désigne sous le nom d'eczéma un *syndrome anatomoclinique* caractérisé par des lésions inflammatoires, les unes d'origine *dermique, rougeur, œdème*, les autres d'origine *épidermique*, dues soit à l'œdème actif du corps muqueux, *vésiculation*, *suintement*, *formation de croûtes séreuses*, soit à des troubles d'évolution de la couche cornée, *desquamation*. Ces lésions se présentent à l'observation sous une forme aiguë ou sous une forme chronique. Il nous est impossible d'entrer ici dans l'analyse des causes, les unes externes, les autres internes de l'eczéma. On les trouvera énumérées dans un travail que j'ai consacré à l'eczéma, maladie parasitaire (1). Je considérais à cette époque que les causes multiples de l'eczéma avaient pour effet de préparer le sol cutané à la germination des parasites, causes eux-mêmes des lésions eczématiques. Depuis cette époque, la question a changé de face ; au Congrès de 1900, les dermatologistes se sont accordés à reconnaître que sous le nom d'eczéma on comprenait en général à la fois des lésions parasitaires et des lésions non parasitaires. Et aujourd'hui la discussion prend la forme suivante : à quelles lésions devons-nous attribuer spécialement le nom d'eczéma? Les uns, en France surtout, prennent comme type d'eczéma les formes les plus aiguës (Brocq, Sabouraud) et admettent comme lésion élémentaire essentielle une vésicule amicrobienne ; Unna, par contre, prend pour type d'eczéma l'eczéma chronique, dont il rattache le développement à de nombreux cocci superficiels, qu'il a patiemment étudiés (2).

Pour ma part, je crois qu'il vaut mieux grouper sous le nom d'eczéma l'ensemble des inflammations séreuses d'origine microbienne, inflammations comparables à celles que provoquent de nombreuses espèces tricophytiques, tout en reconnaissant qu'elles se développent souvent à la faveur de réactions amicrobiennes préalables. Mais rien ne démontre encore que ces réactions appartiennent *à un seul type morbide*, et qu'on puisse leur donner un seul nom, tel que celui d'eczéma. Leurs rapports avec le prurigo sont évidents, et j'ai longuement insisté sur ce sujet (3). Sabouraud reconnaît lui-même l'identité de la vésicule amicrobienne qu'il a décrite et de la lésion élémentaire du prurigo (4), et je crois qu'il serait possible de trouver dans le sens

(1) Leredde. *L'eczéma, maladie parasitaire*. Paris. Masson, 1898.
(2) Unna, *Eczéma et Impetigo* (Edit. du Journal des Mal. cutanées et syph., Paris 1902).
(3) Leredde *in* E. Besnier. *Eczéma*. Pratique Dermatologique, t. II, p. 108.
(4) Sabouraud. *Impetigo*. Pratique Derm. t. II, p. 908 en note.

que j'indique, un terrain de transaction, sans se préoccuper de divergences qui tiennent un peu à des raisons personnelles, chacun ayant vu une partie de la vérité sans que personne puisse affirmer l'avoir connue ou la connaître encore toute entière.

Je n'insisterai pas davantage sur une discussion pathogénique qui est des plus difficiles, et qu'il convenait seulement ici de résumer en quelques mots (1) ; je me bornerai également à rappeler les caractères essentiels de l'eczéma aigu.

L'eczéma aigu, précédé souvent dans ses formes intenses par quelques phénomènes généraux, un peu de fièvre, des troubles gastro-intestinaux et nerveux, localement par du prurit, apparaît sous forme d'une rougeur vive de la peau, sans limites précises, accompagnée d'œdème. Sur certains points, on peut voir des saillies papuleuses ; elles se transforment en petites vésicules ; quelqnefois celles-ci sont en quantité innombrable. Très superficielles au moment où l'on peut les voir, ces vésicules se rompent en laissant des érosions à peine visibles ; dans certains cas où elles sont moins nombreuses et où la couche cornée résiste, les vésicules sont volumineuses, elles peuvent atteindre et dépasser les dimensions d'un grain de mil.

La rupture des vésicules est suivie d'un suintement jaune clair qui se coagule et forme des croûtes molles.

Au moment du suintement, l'eczéma aigu a atteint sa période la plus intense ; la guérison peut se faire ensuite rapidement, mais souvent, aux membres inférieurs surtout, on observe un stade où les lésions ont un aspect très particulier : la peau est tendue et lisse, la rougeur est marquée, la couche cornée est tendue, et même transparente. Parfois ce stade se prolonge (*eczéma rubrum*).

On arrive enfin à une période où l'œdème diminue, où la rougeur s'éteint, où la peau se dessèche ; la couche cornée s'épaissit alors ; on observe des squames irrégulières, superposées, qui tombent successivement.

Un malade est atteint d'eczéma aigu ; l'extension modérée de cet eczéma, l'absence de troubles viscéraux importants nous permettent de demander pour obtenir la guérison rapide, à la thérapeutique externe tout ce qu'elle peut donner. Que faut-il faire ?

Tant que les lésions n'ont pas atteint leur acmé depuis quelques jours, c'est-à-dire le suintement et la formation de croûtes, sur les lésions où on constate de la rougeur, de l'œdème, et de la vésiculation, on ne doit faire ancun traitement actif.

On appliquera uniquement des poudres, amidon, talc, oxyde de zinc, etc. — Ces poudres seront maintenues par une légère couche de gaze ou de lint. — On pourra au besoin faire quelques lotions tièdes, émol-

(1) V. E. Besnier. *Eczéma*. Pratique Dermatologique, t. II.

lientes (eau de sureau, eau de son) pour calmer le prurit; en fait la thérapeutique externe ne peut que chercher à soulager le malade. *On ne donnera surtout aucun bain*, de quelque nature qu'il soit. Ici il n'y a pas à faire d'asepsie, la peau n'étant pas encore ouverte. *Toute application de pommade est dangereuse en principe* ; certains auteurs emploient l'axonge fraîche : je n'ai jamais constaté la nécessité de m'en servir.

Le suintement et la formation de croûtes établis, on fera l'asepsie de la surface : pulvérisations à l'eau bouillie, au sérum physiologique ou applications de cataplasmes de fécule de pommes de terre.

Toutes les croûtes seront enlevées au coton hydrophile propre.

Si les croûtes ne se reforment pas rapidement en très grande abondance, ce qui nécessite des pulvérisations destinées à les faire tomber, on fera simplement des lotions qu'on répétera au moins deux fois en vingt-quatre heures. Peu à peu il deviendra possible d'incorporer à ces lotions des substances actives; on les rendra de plus en plus fréquentes et on arrivera ainsi progressivement à un traitement externe efficace des lésions.

Les lotions seront d'abord faites avec les substances émollientes que nous avons énumérées, plus tard seulement avec les substances astringentes. On emploiera la liqueur de Bürow :

Alun	5 gr.
Acétate de plomb	25 gr.
Eau	300 gr.

étendue de cinq à dix fois son volume d'eau bouillie, les solutions boratées, bicarbonatées et salicylatées sodiques (1 p. 100), le mélange d'acide borique, acide salicylique et borate de soude suivant la formule de Hallopeau :

Acide borique	10 gr.
Acide salicylique	5 gr.
Borate de soude	11 gr.
Eau	1000 gr.

Le pansement sera fait, soit au moyen de compresses trempées dans l'eau bouillie ou le sérum physiologique, demi-humides, soit au moyen de cataplasmes de fécule de pommes de terre. Tout autour, dans une zone étroite, on appliquera une légère couche de pâte simple.

Le plus tôt possible on cherchera à supprimer le pansement humide, et on pourra essayer d'abord le glycérolé d'amidon à la glycérine neutre, additionné de poudre, qui peut être enlevé à l'eau bouillie tiède, ou des pâtes. Celles-ci doivent être enlevées à la vaseline, ce qui a toujours des inconvénients ; cependant quand le suintement est

assez prononcé, leur adhérence est faible, et il n'est pas difficile de nettoyer au moment du pansement.

Les pâtes molles, aqueuses, sont les moins irritantes ; il semble, en effet, qu'il y ait, au point de vue local, inconvénient à dessécher trop rapidement une surface en réaction eczématique aiguë ; peu à peu on pourra les couvrir de poudres, et enfin employer des pâtes plus fermes.

Ainsi au début on pourra se servir de la formule suivante :

Oxyde de zinc......................	10 gr.
Terre fossile......................	5 gr.
Adeps lanœ........................	5 gr.
Huile d'olive......................	10 gr.
Eau distillée......................	20 gr.

pour arriver enfin à la pâte de Malcolm Morris :

Oxyde de zinc......................	5 gr.
Kaolin............................	15 gr.
Vaseline..........................	30-40 gr.

Dès qu'il y aura une amélioration marquée, l'œdème disparu, le suintement modéré, on arrivera au traitement réducteur. En tout cas, on ne l'emploie jamais au début de l'eczéma aigu, mais seulement à la période de régression franche.

Le caoutchouc me paraît indiqué dans les cas seulement où le suintement ne se modère pas, et où toute préparation active provoque des réactions. On peut alors appliquer le caoutchouc pendant quelques jours ; mais à le continuer longtemps, *on risque de prolonger la durée de l'eczéma*, parfois indéfiniment, alors que celui-ci guérit beaucoup plus rapidement par d'autres méthodes.

La question du traitement interne de l'eczéma est beaucoup trop complexe pour être abordée dans ces chapitres où je passe en revue les méthodes de traitement externe ; elle sera traitée plus tard.

(*A suivre*).

E. L.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE & DE SYPHILIGRAPHIE

ANNÉE 1901

III. — Alopécies et Pseudo-Pelades.

Alopécie atrophiante en clairières. (*Pseudo-pelade de Brocq*), par J. Darier. Séance du 10 janvier.

Le malade présenté était atteint d'une de ces alopécies atrophiantes ou cicatricielles en clairières, ou pseudo-peladiques, dont la nature est encore très mal connue. Il s'agissait d'un homme de 33 ans, qui voyait, depuis un an, ses cheveux tomber en abondance. Son cuir chevelu présentait une quantité innombrable de petites surfaces déglabrées, abondantes surtout au sommet et dans la région occipitale, surfaces rondes, de l'étendue d'une petite lentille à celle d'une pièce de 50 centimes; à leur niveau la peau était lisse, dépourvue de toute trace de follicules ou de follets. Le reste du cuir chevelu était absolument normal, sans pityriasis ni séborrhée, et ne présentait en aucun point la moindre trace d'une folliculite en évolution.

Le malade présentait en même temps des zones alopéciques au niveau du pubis, consécutives à l'évolution de syphilides, et une vaste plaque alopécique sur le mollet droit, sans modification de structure de la peau et sans la moindre trace de folliculite.

Cette forme d'alopécie constitue une espèce morbide spéciale dont l'auteur avait déjà observé des cas semblables ; elle diffère de la pelade par l'absence d'atrophie des cheveux avant leur chute, et par la disparition définitive et totale du follicule au niveau des points atteints. Ces mêmes caractéres la différencient de l'alopécie syphilitique en clairière et de l'alopécie pseudo-favique elle se distingue encore de cette dernière par l'absence de toute folliculite. En résumé, on arrive à isoler une forme morbide distincte, mais sans pouvoir trouver de cause appréciable.

Pelade pseudo-syphilitique à petits îlots multiples, par A. Fournier. Séance du 10 janvier.

Le malade, un jeune homme de 20 ans, présentait au niveau du cuir chevelu, un état alopécique disséminé, qui, à un examen superficiel, simulait parfaitement l'alopécie en clairière.

Mais un examen plus attentif démontrait qu'il s'agissait bien d'une pelade.

On observait en effet, en même temps des îlots peladiques dans la barbe, une déglabration des aisselles, et partiellement de la jambe gauche; en outre, plusieurs des clairières du cuir chevelu présentaient une dépilation absolue et

sur de nombreux points on trouvait des cheveux cassés. Enfin on ne trouvait chez le malade aucun signe de syphilis.

L'ensemble de cette pelade à îlots petits et multiples simulait au premier aspect l'alopécie syphilitique en clairière. M. Fournier proposait pour cette forme le nom de pseudo-syphilitique à petits îlots multiples.

Cette observation donna lieu a une discussion assez confuse.

M. Brocq établit aussitôt la différence qu'il fallait établir entre le malade de M. Darier et celui de M. Fournier. — Pour le premier il pensait qu'il s'agissait de la dermatose qu'il a décrite et dénommée : *pseudo-pelade* et dont on ignore le mécanisme.— Elle est à différencier de l'alopécie de l'acné décalvante, qui s'accompagne de folliculite, et de l'alopécie due au sycosis lupoïde de la barbe.

M. Jacquet prit soin d'examiner la dentition du malade de M. Fournier et de constater qu'il présentait des altérations dentaires très nettes et que sa mère était édentée.

M. Fournier demanda si l'on n'avait pas trouvé de syphilis dans les antécédents de la pseudo-pelade, et si elle n'était pas parasyphilitique, hypothèse contre laquelle s'élevèrent MM. Brocq et Darier.

Pseudo-pelade et acné décalvante, par L. Brocq. Séance du 7 février.

Revenant sur le terrain des pseudo-pelades à propos du malade présenté par M. Darier dans la séance précédente, l'auteur, laissant de côté l'acné chéloïdienne de la nuque et le sycosis lupoïde, vint fixer le caractère des deux affections pouvant le plus souvent simuler la pelade : la pseudo-pelade et l'acné décalvante.

La pseudo-pelade, décrite par Brocq, reconnaît les caractères principaux suivants : le début est insidieux ; les points d'attaque sont multiples ; l'affection constituée est représentée par des zones alopéciques de la grandeur d'une lentille à celle d'une pièce de 20 centimes, arrondies, ou irrégulières de forme, pouvant confluer pour former des plaques ; à leur niveau le cuir chevelu est blanc, lisse, ivoirin, sans duvets ni poils. Tout autour de la plaque alopécique les cheveux sont drus, épais, bien plantés. Le lieu d'élection de la maladie semble être la région occipitale, puis les régions temporales; l'évolution se fait avec une extrême lenteur; enfin les cultures n'ont donné aucun résultat.

L'acné décalvante, ressemblant beaucoup comme forme morbide à la pseudo-pelade, a les caractères suivants : les lésions primitives sont constituées par des pustules péri-pilaires entourées d'une zone inflammatoire, évoluant en 8 ou 15 jours ; — le poil qui occupe le centre de la pustule s'arrache facilement; il est rapidement détruit par le processus morbide — le résultat de ce processus est la formation de plaques glabres, lisses, d'un blanc mat, déprimées, atrophiées. Elles sont de formes et de dimensions irrégulières, souvent confluentes.—Sur les confins de ces plaques, on trouve toujours quelques éléments de folliculites en activité, le lieu d'élection est le vertex ; l'évolution se fait très lentement, les cultures n'ont donné aucun résultat précis.

M. Hallopeau, prenant la parole, différencia à son tour quelques types cliniques, entre autres : la folliculite cicatricielle décalvante, qui se distingue de l'acné décalvante par la présence d'une seule pustulette à la partie centrale des éléments déglabrés, souvent recouverte d'une croûtelle, et sans aucune autre pustulette à la périphérie.

Une autre forme d'alopécie en aire est formée par la dermatite papillaire que l'auteur avait rattachée avec Leredde à la chéloïde et qui forme des élevures grosses comme des têtes d'épingles, isolées puis confluentes, finissant par former des plaques dures, saillantes, déglabrées, séparées par des sillons couverts de cheveux.

Alopécie syphilitique peladoïde, par Barthélemy. Séance du 15 avril.

L'auteur, comme suite à la discussion sur les pseudo-pelades, présente à la Société deux photographies anciennes de syphilitiques à la période secondaire, ayant offerts tous deux une alopécie en aires disséminées, ayant tous les caractères cliniques de la pelade. La guérison se fit, dans les deux cas par des injections d'huile grise, sans aucun traitement local.

IV. — Dermatoses diverses.

Sur une forme d'apparence bulleuse et rupioïde de psoriasis, par Hallopeau et Lemierre. Séance du 10 janvier.

Le malade qui fait l'objet de cette observation avait déjà présenté à plusieurs reprises des poussées de psoriasis et des arthropathies, lorsque les auteurs eurent l'occasion de le soigner pour une nouvelle poussée avec lésions généralisées, et manifestations douloureuses au niveau des articulations. Or, les lésions cutanées présentèrent un aspect intéressant, qui n'a pas encore été décrit dans le psoriasis : on trouvait, sur les éléments de début des plaques psoriasiques une saillie acuminée, dont le centre présentait une coloration jaunâtre, l'élément ayant ainsi l'aspect d'une bulle à contenu purulent.

D'autres plaques plus avancées présentaient au centre une squame épaisse, jaune sale, d'aspect presque croûteux. Cette squame était entourée d'une couronne blanche d'épiderme, qui semblait soulevée par un exsudat ; on ne trouvait pourtant sous cette pseudo-bulle aucun liquide, mais un magma constitué par des cellules épithéliales dégénérées et quelques rares leucocytes. — Enfin sur d'autres placards cet épiderme soulevé s'était exfolié et avait laissé une collerette épidermique radiée.

Acrokératodermie héréditaire, par Dubreuilh et A. Guélain. Séance du 7 février.

Dubreuilh et Guélain ont eu l'occasion de voir et d'étudier une famille dont huit membres étaient atteints de kératodermie palmaire et plantaire symétrique, congénitale et héréditaire : ces huit personnes d'une même famille

étaient réparties sur trois générations. Chez tous, les premières manifestations des lésions avaient commencé à apparaître vers l'âge de cinq ans, à la plante des pieds, par un peu de rougeur avec ébauche d'hyperkératose. A l'âge adulte elles occupaient les paumes des mains et surtout des pieds. Au niveau des mains on ne constatait que quelques durillons limités, tandis que les pieds étaient beaucoup plus fortement atteints, principalement au niveau des points exposés aux pressions. On notait au niveau de ces points des plaques cornées, épaisses de plusieurs millimètres, dures et compactes, demi-transparentes, couleur jaune d'ambre, dépourvues de crevasses.

Cette affection curieuse, qui se transmet héréditairement, n'est gênante que par la coexistence d'hyperidrose plantaire ; grâce à celle-ci, les masses cornées se ramollissent pendant l'été et deviennent douloureuses.

Éruption bromoformique par Gaucher et Bernard. Séance du 7 mars.

L'observation de Gaucher et Bernard vient enrichir la liste déjà si longue des éruptions médicamenteuses, par la notion d'éruptions dues au bromoforme, qui sont à distinguer des éruptions bromiques déjà bien connues.

Leur malade, atteint de bronchite chronique avec emphysème, passée à l'état aigu, avec quintes de toux coqueluchoïde, avait été soumis à un traitement bromoformé représenté par deux gouttes de bromoforme par vingt-quatre heures, dans un julep simple. Au treizième jour de ce traitement, après quelques jours de prurit initial, il présenta une éruption erythémato-papuleuse, consistant en petites papules, semblables à celles du lichen simplex aigu, reposant sur des plaques érythémateuses irrégulières. L'èruption était extrêmement prurigineuse.

La relation de cause à effet entre le traitement et l'éruption fut prouvée par la disparition des lésions cutanées, à la cessation du bromoforme, et leur réapparition dès que le malade se remit à ce médicament.

Epithéliomatose juvénile disséminée des organes génitaux externes, par Audry. Séance du 15 avril.

L'observation fort curieuse rapportée par Audry est celle d'un médecin qui présenta des lésions rares par leur aspect clinique et par leur marche. Atteint d'un phimosis congénital très serré, il présenta dans sa jeunesse plusieurs poussées de balanite et consécutivement une adénopathie inguinale droite qui persista toujours.

A la suite d'une blennorragie, à l'âge de 21 ans, le prépuce s'épaissit progressivement du côté gauche et quatre ans après, on percevait nettement une masse sous-préputiale, avec balanite continue.

Cinq ans plus tard, devant la persistance de ces accidents, le malade se décide à pratiquer lui-même la circoncision. La partie gauche du prépuce était lardacée et épaissie, et dans le sillon on trouve de nombreuses petites tumeurs de consistance ferme, saignant facilement.

Dans les mois suivants apparurent de nouveaux papillomes, cependant que les masses ganglionnaires droites augmentaient de volume, puis brusquement se tuméfiaient rapidement avec œdème et rougeur diffuse gagnant le scrotum

et la verge ; en même temps fièvre, frissons, et formation dans l'aine malade de petits pertuis par où s'échappe du pus.

Vaste incision, curetage. L'examen histologique du tissu abdominal infiltré montre des lésions d'épithélioma qui forment une vaste nappe.

Les suites opératoires furent simples et le malade reprit ses consultations et ses visites, pendant près de deux ans. Puis il s'affaiblit et succomba.

Tel est le résumé de cette observation fort rare.

Il est probable, comme le déclare Audry, qu'il devait s'agir, d'épithélioma mais d'apparence objective singulière. « Cliniquement : papillome ; histologiquement : épithélioma. » Enfin la résistance du malade est, elle-même, étonnante, quand on se rappelle la rapidité de la marche de l'épithélioma chez les jeunes sujets.

Balanite clitoridienne érosive à spirilles, par GASTOU et DRUELLE. Séance du 2 mai.

Druelle a eu l'occasion d'observer et d'étudier chez une malade de St-Lazare des lésions de balanite au niveau du gland clitoridien, recouvert par le prépuce ; elles présentaient un aspect érosif, rose, lisse, suintant, à bords régulièrement découpés, formant par places un léger bourrelet. L'examen bactériologique du mucos-pus et des ensemencements révélèrent la présence de spirilles en assez grand nombre.

La constatation de spirilles dans cette affection apporte un argument confirmatif à l'hypothèse de Berdal et Bataille, qui, en décrivant la balano-posthite érosive circinée de l'homme, en ont fait une maladie contagieuse, conséquence d'une transmission féminine d'un agent pathogène. La difficulté de constater les lésions chez la femme, en rabattant le capuchon clitoridien explique peut-être qu'elle n'ait pas encore été signalée.

L. P.

ANALYSES

BEZANÇON, GRIFFON et LE SOURD. — *Recherches sur la culture du bacille de Ducrey*. Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, janvier 1901.

Dans cet important travail, les auteurs reprennent et développent une note déjà présentée à la Société de Biologie, dans laquelle ils avaient annoncé avoir réussi à obtenir des cultures du bacille de Ducrey.

On sait que tous les bactériologistes avaient échoué dans cette tâche et Ducrey lui-même, qui avait isolé et décrit le bacille qui porte son nom, n'avait pu arriver à le cultiver sur quelque milieu que ce soit. Seul, Petersen avait semblé obtenir des résultats, mais sur la nature desquels on peut conserver des doutes, et Lenglet avait obtenu des cultures pures de l'agent pathogène du chancre mou, mais sans jamais publier la formule de son milieu de culture.

La méthode qui a permis à Bezançon, Griffon et Le Sourd d'obtenir des résultats absolument probants a été la culture du bacille de Ducrey sur le milieu du sang gélosé de Bezançon et Griffon, qui avait déjà permis à ces

auteurs d'obtenir des cultures de microbes pathogènes pour l'homme, ne se développant pas sur les milieux usuels.

La technique de la culture est la suivante : le sang, obtenu par ponction de la carotide du lapin avec un fin trocart, est réparti dans des tubes contenant de la gélose maintenue liquide au bain-marie. Ce mélange se fait dans la proportion d'un tiers de sang pour deux tiers de gélose ; celle-ci emprisonne le sang dans sa masse en se refroidissant, sans lui faire subir de modifications.

L'agent pathogène fut prélevé au niveau de deux ordres de lésions : chancre mou et bubon suppuré chancrelleux. Dans ce dernier cas, après antisepsie des téguments, une petite incision était pratiquée à la peau ; puis l'extrémité effilée d'une pipette stérilisée était plongée en plein centre du bubon et servait à aspirer le pus. L'ensemencement de ce pus sur sang gélosé doit être très abondant.

Dans le cas de chancre mou, on a les plus grandes peines à éviter les infections secondaires, à moins de s'adresser à un chancre de réinoculation. Pour éviter ces infections, les auteurs avaient recours au procédé suivant : la surface du chancre était stérilisée par un badigeonnage à la teinture d'iode puis recouverte par un pansement aseptique ; mais la couche profonde du chancre échappait à l'action de l'antiseptique et, quarante-huit heures après, la surface du chancre était recouverte de pus épais, ne contenant que du bacille de Ducrey.

En dehors du sang gélosé on peut également obtenir des cultures sur sérum non coagulé de lapin.

Les colonies développées sur sang gélosé atteignaient leur développement complet en quarante-huit heures, à l'étuve à 37°. Elles étaient arrondies, brillantes et composées de bacilles en navette, ne fixant la matière colorante qu'au niveau de leurs bouts arrondis, isolés ou groupés en courtes chaînettes, présentant en un mot tous les caractères du bacille décrit par Ducrey, Unna, Nicolle.

Il faut attacher un intérêt tout spécial aux résultats positifs obtenus par les auteurs avec les ensemencements de pus de bubon chancrelleux. Ils résument en effet les interminables discussions qu'avait suscitées la question de savoir si le pus du bubon du chancre mou est virulent ou non. Ricord admettait l'existence de deux espèces de bubons, l'un simple, inflammatoire, à pus non inoculable, l'autre à pus inoculable, comme le chancre. Rollet, Jullien, Fournier confirmèrent cette opinion, ainsi qu'Horteloup et Diday. D'autre part Strauss à la suite de nombreuses recherches émettait l'avis que le pus du bubon chancrelleux n'est jamais virulent, et ne le devient que par inoculation secondaire. Enfin d'autres vénéréologistes admettent trois sortes de bubons : l'un, virulent, inoculable ; le second, inflammatoire, dû à des pyogènes communs ; le troisième amicrobien.

On voit combien la question était encore obscure. Les résultats obtenus par Bezançon, Griffon et Le Sourd la résolvent complètement. Toute source d'infection secondaire étant évitée par la technique qu'ils ont suivi et les ensemencements ayant été positifs, on doit admettre que le bubon accompagnant le chancre mou est bien réellement chancrelleux, dû au bacille de Ducrey et inoculable.

En terminant leur travail les auteurs groupent toutes les preuves qui leur

permettent d'affirmer que le microbe qu'ils ont cultivé est bien celui du chancre mou. Ces preuves sont les suivantes : l'inoculation de cultures à la peau d'un malade permit à plusieurs reprises d'obtenir des chancres d'inoculation typiques et le pus de ces chancres ensemencé à son tour redonnait du bacille de Ducrey. Ces résultats positifs étaient obtenus même avec des inoculations de cultures provenant d'un repiquage de onzième génération. Tous les animaux inoculés se montrèrent absolument insensibles aux injections de cultures. Enfin les caractères morphologiques déjà décrits confirment ces données expérimentales et prouvent que le bacille cultivé à bien été le bacille de Ducrey.

J. C.

L. Brocq. *Les parapsoriasis.* Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, mai 1902.

Brocq décrit sous ce nom des dermatoses « relativement assez rares, caractérisées essentiellement par de la rougeur du derme et de la desquamation sèche plus ou moins marquée ; les éléments sont plus ou moins étendus ; dans certains cas ils ont à peine la dimension d'une tête d'épingle, d'une lentille, dans d'autres ils arrivent à avoir celles de la paume de la main et davantage. Leur coloration est plus ou moins accentuée. Mais, règle générale, ils ont, en outre, les caractères communs suivants : 1° peu ou point d'infiltration des téguments ; 2° peu ou point de prurit ; 3° évolutions des plus lentes ; 4° peu de tendances à la guérison. »

Ce « groupe » est voisin du psoriasis, et presque toujours les malades sont considérés comme atteints de cette dermatose.

La question a été posée par un mémoire de Unna, Santi et Pollitzer, consacré à deux cas d'une affection dénommée : *Parakeratosis variegata*. Ces cas, et d'autres décrits par Jadassohn, Neisser, Juliusberg, Pinkus, Rona, ont été réunis par Juliusberg, sous le nom de « pityriasis *lichenoides chronica* » (*Arch. p. Dermat. u. Syph.*) En France Brocq a décrit les *érythrodermies pityriasiques en plaques disséminées*. Elles ont été l'objet d'un travail récent de J. C. White, qui relate deux cas. Plusieurs cas présentés par Allan Jamieson à la réunion de l'Association médicale britannique furent considérés par Unna comme se rattachant à la « parakeratosis variegata ». Des travaux importants viennent d'être consacrés au même sujet par Radcliffe Crocker, et Colcott Fox et Mac Leod.

Dans son travail, Brocq fait une étude synthétique des « Parapsoriasis ». Il a adopté ce mot pour indiquer qu'il s'agit d'une affection différente du psoriasis, tout en ayant des affinités cliniques.

Il distingue trois variétés principales :

1° *Le parapsoriasis en gouttes.* On constate des lésions maculeuses et papulo-squameuses, sans infiltration notable. La squame est aplatie et peut se détacher d'une seule pièce ; au coup d'ongle on n'obtient pas le piqueté hémorragique ou la surface lisse du psoriasis. Les lésions rappellent dans leur ensemble une éruption de syphilis secondaire. Leur couleur varie du rouge bistre au rouge brunâtre. L'éruption prédomine sur le tronc et les membres et laisse en général la face et les extrémités indemnes. Elle est peu ou point prurigineuse, évolue lentement et est très résistante au traitement externe.

2° *Le parapsoriasis lichénoïde* (*parakeratosis variegata* d'Unna, *lichen variegatus* de R. Crocker). On constate des papules plates, brillantes, de couleur

un peu plus vive que celle du lichen plan, tantôt déprimées et d'aspect atrophique, tantôt légèrement squameuses, tendant à former des réseaux dont les travées comprennent des zones de peau saine, parfois des plaques irrégulières. La couleur varie du rose pâle au rose bleuâtre. Comme dans la forme précédente, peu ou point de prurit, localisation au tronc et aux membres, évolution lente, résistance au traitement externe.

3° *Le parapsoriasis en plaques.* — (*Erythrodermies pityriasiques, en plaques disséminées* de Brocq et White). Plaques disséminées, à limites assez nettes de 2 6 cm. de diamètre. La couleur varie du rose pâle au rouge bistre. La surface offre souvent, non toujours, une fine desquamation pityriasique.

Dans quelques cas, qui constituent une transition avec la deuxième variété, elles semblent formées de petites papules.

Face indemne, en général. Peu ou point de prurit. Evolution très lente. Résistance au traitement externe.

Histologiquement : dilatation des vaisseaux sanguins du derme avec infiltration péri-vasculaire de cellules rondes tantôt diffuse, tantôt limitée dans le cas de papules. Œdème plus ou moins marqué des papilles. Lésions épidermiques importantes. Œdème du corps muqueux, prolifération des cellules épithéliales (acanthose), disparition de la couche granuleuse en de nombreux points. Présence de noyaux dans certaines régions de la couche cornée.

Brocq rapporte des observations personnelles des trois variétés.

Diagnostic différentiel. — Brocq considère que les affections qu'il groupe sous le nom de parapsoriasis constituent des faits de passage entre divers groupes morbides, psoriasis, lichen plan, séborrhéides psoriasiformes, pityriasis rubra bénin.

Le parapsoriasis en gouttes se rapproche intimement du *psoriasis* ; il en diffère par l'absence de squames caractéristiques, l'absence de surface lisse et unie pourvue d'un piqueté hémorragique, après grattage, par l'évolution ; il diffère de la *syphilis psoriasiforme* par l'absence d'infiltration, et de tout signe de syphilis en dehors de l'éruption. Quelquefois il existe dans le parapsoriasis en gouttes une légère tuméfaction des ganglions lymphatiques.

Le parapsoriasis lichénoïde offre des papules qui diffèrent de celles du *lichen plan* par l'infiltration beaucoup moindre, l'absence d'ombilication, le mode de groupement, l'absence de prurit et de lésions des muqueuses. S'il existe des plaques, on peut croire à un *pityriasis rubrabénin*, mais celui-ci est une maladie généralisée, largement squameuse, sans papules, accompagnée de douleurs, ou à un *mycosis fongoïde*. Ici les téguments sont franchement infiltrés ; le prurit est intense ; l'examen histologique permet toujours le diagnostic.

Le parapsoriasis en plaques a surtout des affinités avec les *séborrhéides psoriasiformes*. L'infiltration dermique y est plus marquée, ainsi que la desquamation ; souvent elles s'eczématisent, envahissent la face et les plis articulaires ; l'évolution est plus rapide et les lésions obéissent beaucoup plus facilement au traitement. On peut également confondre le parapsoriasis en plaques avec le psoriasis, le pityriasis rubra bénin et le mycosis fongoïde.

L'*étiologie* et la *pathogénie* sont inconnues. L'affection ne semble ni contagieuse ni épidémique, elle s'observe surtout chez des jeunes gens et chez des adultes, peut-être un peu plus souvent chez les femmes.

Brocq croit à une pathogénie identique à celle du psoriasis, à un mode de

réaction idiosyncrasique pouvant se développer sous l'influence des causes occasionnelles les plus diverses.

Le traitement est des plus difficiles. Dans un cas le cacodylate de soude, en injections de 0.05 à 0.10 continué pendant dix jours, puis dix jours de repos, injections, repos..., fit diminuer l'éruption et modifia l'état général. Au point de vue local, Brocq recommande les glycérolés (salicylique, tartrique) mais surtout des pommades pyrogalliques à 10 0/0 additionnées d'1 p. 40 d'acide salicylique. Dès que les urines se colorent ou dès que la peau s'irrite, on cesse, on applique du cérat frais sans eau, puis on reprend dès qu'il est possible de le faire le traitement pyrogallique.

E. L.

Formulaire Thérapeutique

VI. — Les Glycérolés
Les Cérats

—

Nous nous sommes abstenus de donner toute formule, au cours de notre étude sur les pommades; la nomenclature en eût été forcément ou extrêmement incomplète ou eût constitué une énumération fastidieuse. Sachant que la base des pommades est représentée par les graisses employées soit séparément, soit associées entre elles. on peut construire une formule de pommade avec n'importe quel agent médicamenteux, pourvu qu'on en connaisse les doses thérapeutiques.

Mais à côté des graisses pures, il est d'autres préparations pharmaceutiques qui peuvent servir à la confection des pommades, et qu'il est nécessaire de connaître : nous voulons parler des glycérolés et des cérats.

* * *

Le glycérolé d'amidon est extrêmement employé à l'hôpital Saint-Louis et par toute l'école dermatologique française. C'est une mixture de glycérine neutre et d'amidon de blé, dans la proportion de 14 pour 1 ; le mélange a la consistance d'une gelée. C'est un véhicule précieux, auquel on peut incorporer la plupart des agents médicamenteux. Le type le plus connu est le glycérolé cadique, introduit dans la thérapeutique par Vidal, qui constitue à l'hôpital Saint-Louis le traitement courant des psoriasis étendus, et qui a pour formule :

Huile de cade vraie.... 15 gr.
Extrait fluide de Panama
ou savon noir....... q. s.
pour émulsionner.
Glycérolé d'amidon à la
glycérine neutre..... 90 gr.
Essence de giroffe...... q. s.
(glycérolé cadique faible).

ou :

Huile de cade vraie.... 50 gr.
Extrait fluide de Panama
ou savon noir....... 5 gr.
Glycérolé d'amidon à la
glycérine neutre..... 45 gr.
Essence de girofle...... q. s.
(glycérolé cadique fort).

Dans ces formules la présence de savon noir ou d'Extrait de Panama a pour but de permettre le mélange homogène de l'huile de cade et du glycérolé.

On devra toujours avoir soin de prescrire sur une ordonnance : glycérolé d'amidon à la glycérine neutre, c'est-à-dire à la glycérine à 30°, la glycérine à 28°, qui sert couramment à faire des glycérolés étant encore acide et pouvant être nocive pour la peau.

On pourra de même se servir de glycérolé au goudron, au baume du Pérou, au tuménol. Darier a fortement préconisé le glycérolé à l'ichthyol, contenant de 5 à 15 p. 100 de ce médicament.

A vrai dire, les glycérolés ne doivent pas être considérés comme de véritables pommades ; ils en ont bien l'aspect, la consistance, l'onctuosité, mais leur action est beaucoup plus superficielle, l'oblitération de la peau qu'ils réalisent étant extrêmement faible. Nous avons d'ailleurs déjà eu l'occasion de dire qu'additionnés de poudres inertes, ils peuvent constituer des pâtes très précieuses par leur facilité de nettoyage à l'eau chaude.

A côté des glycérolés d'amidon, les seuls usités en France, citons pour mémoire les glycérolés d'argile, employés en Allemagne, et dont la formule est la suivante :

Argile sèche en poudre.	75 gr.
Eau distillée...........	25 gr.
Glycérine pure........	50 gr.

* * *

Les cérats sont des topiques à base de cire et d'huile ; huile d'olives ou huile d'amandes douces.

La formule du cérat simple français, ou cérat sans eau est la suivante :

Huile d'amandes douces..	300 gr.
Cire blanche	100 gr.

Le cérat simple allemand, un peu plus épais, a pour formule :

Cire jaune............	80 gr.
Huile d'olive..........	200 gr.

Enfin citons le cérat de Galien ou cérat ordinaire :

Huile d'amandes douces..	400 gr.
Cire blanche............	100 gr.
Eau distillée de roses....	300 gr.

Le cérat sans eau peut faire un assez bon véhicule de pommade, mais, comme tous les cérats, il a le grave inconvénient de rancir très rapidement et doit toujours être prescrit par petites quantités.

Cependant Veyrières (communication orale) déclare avoir obtenu, en remplaçant l'huile d'olive par l'huile de zinc (V. *Revue Pratique*, n° 3. Les graisses), des cérats sans eau qui lui ont semblé ne jamais rancir.

On peut de même, avec l'huile de cade, faire un cérat cadique, ayant pour formule :

Huile de cade.........	40 gr.
Cire jaune............	10 gr.

(Veyrières)

qui permet d'employer l'huile de cade à dose très forte, s'applique bien et est très bien supporté.

Enfin, pour remplacer l'emplâtre à l'huile de morue de Vidal, Veyrières a également fait faire un cérat à l'huile de morue, souvent employé par Brocq.

Huile de morue.......	300 gr.
Cire.................	100 gr.

La cire jaune donne dans ce cas un cérat plus lié et qui tient mieux. On peut y ajouter du menthol, de l'acide phénique, du goudron.

VII. — Les pommades à base de savon ou d'emplâtre.

—

A côté des graisses ordinaires, des glycérolés et des cérats, on peut encore confectionner des pommades à base d'emplâtre ou de savon.

L'emplâtre simple est un mélange de lanoline et de vaseline caoutchoutées et de cire. Il peut faire d'excellentes pommades avec l'huile de cade. Renouvelant une formule de Hebra, Veyrières recommande le mélange suivant :

Huile de cade......	parties
Emplâtre simple....	égales.

ou mieux :

Huile de cade.........	40 gr.
Emplâtre simple.......	10 gr.
Cire jaune............	10 gr.

Cette pommade, plus facile à faire que le glycérolé cadique, tiendrait et couvrirait mieux que celui-ci.

De même Mielck a donné une excellente formule de pommade mercurielle à base d'emplâtre, dont la formule est la suivante :

Mercure.............. 8 gr.

éteindre avec :

Térébenthine.......... 4 gr.

ajouter :

Emplâtre simple.......	24 gr.
Huile de ricin.........	3 gr.
Térébenthine..........	3 gr.

Toutes les pommades à base d'emplâtre ayant, à moins qu'on ne les additionne d'huile, une consistance très ferme, produisent une obturation complète de la peau.

Elles conviennent donc particulièrement aux lésions anciennes, non irritables, aux psoriasis très squameux par exemple.

Les *pommades de savon* introduites en thérapeutique par Oberländer, puis Mielck, ont pour excipient un savon fait, suivant la formule de Mielck, avec de l'axonge, au lieu de l'huile qui est employée pour la confection des savons ordinaires, et rendu légèrement surgras par l'addition d'un excès de 5 p. 0/0 d'axonge. On peut, avec un pareil savon, faire des pommades au goudron, au soufre, à l'ichthyol, au mercure, à l'iodure de potassium.

Par exemple, la pommade de savon mercurielle se prépare suivant la formule suivante :

Mercure.............. 6 gr.

éteindre avec :

Onguent gris......... 1 gr.

ajouter :

Savon d'axonge....... 12 gr.

D'après Leistikow, cette pommade mercurielle est plus propre, moins coûteuse, d'une odeur moins désagréable que l'onguent mercuriel ordinaire et pénètre beaucoup mieux les peaux un peu grasses.

Comme type de pommade au savon, citons encore la pommade au goudron qu'on peut formuler :

Goudron.......	de 5 à 20 gr.
Savon d'axonge.	100 gr.

(Leistikow).

On peut également employer comme véhicule les *glycérolés de savon*, qui contiennent 80 à 95 p. 0/0 de glycérine et de 20 à 5 p. 0/0 de savon de noix de coco, et qui dissolvent la plupart des agents médicamenteux.

Dans des pommades pareilles, l'action kératolytique des savons s'ajoute à l'action réductrice du médicament incorporé et permet à ce dernier d'agir en profondeur. Ce sont donc des topiques actifs.

L. Pautrier.

Le Mans.—Imprimerie de l'Institut international de Bibliographie de Paris.—VII-1902, n° 1024.

REVUE PRATIQUE

DES MALADIES CUTANÉES, SYPHILITIQUES ET VÉNÉRIENNES

L'Histoire de l'Eczéma au XIX[e] siècle en Angleterre (1).

Par **P. G. UNNA.**

Messieurs,

Il nous est aujourd'hui difficile de nous transporter à une époque dans laquelle l'eczéma ne jouait aucun rôle dans le diagnostic et le traitement des dermatoses et n'existait même pas ; cependant il suffit pour cela de nous reporter à un peu plus d'un siècle. Seguin Henry Jackson (2), dont la dermopathologie fut traduite en allemand en 1794 ne connaît encore aucun eczéma : les deux formes principales de l'inflammation cutanée sont, pour lui, l'érythème et l'érysipèle. — Peu après cependant, Robert Willan, dans son livre, célèbre à juste titre « Treatment of cutaneous diseases » (3), livre qui est encore aujourd'hui la base scientifique de toutes les connaissances dermatologiques aborda, parmi d'autres conceptions nouvelles, celle de l'eczéma. A vrai dire, il n'acheva pas lui-même ce livre qui parut très lentement en raison de l'établissement difficile des planches et il s'arrêta précisément au chapitre qui devait traiter de l'eczéma. Mais, avant de partir pour Madère, Willan abandonna ce travail à son élève et ami de vieille date Thomas Bateman, et discuta les points difficiles avec lui, de sorte que l'œuvre de Bateman — parue en 1813 — peut nous donner une idée à peu près exacte des vues de Willan sur l'eczéma. Si nous admettons que Bateman, avec la piété qui lui était propre pour son maître, a suivi la classification de l'eczéma exactement dans le sens indiqué par Willan, il faut admettre que ce dernier a disposé cette partie de son livre autrement qu'il ne l'avait imaginé au début. Dans son premier fascicule (1797) et dans le second (1802) il donne une vue générale des sept ordres entre lesquels il projetait de diviser les maladies de la peau. Il classe l'eczéma à côté de la miliaire, de l'herpès, de la varicelle, des aphtes, dans le quatrième ordre principal, celui des maladies vésiculeuses (bullæ). Cet ordre est réduit d'une manière importante par Bateman (4) et ne contient plus que le pemphigus et le pom-

(1) Discours d'ouverture de la « Dermatological Society of Britain and Ireland » à Londres le 22 mai 1902.

(2) S. H. Jackson « Dermopathology ».

(3) Robert Willan, « Description and Treatment of Cutaneous Diseases. » Londres, 1795-1815.

(4) Bateman. « A Practical Synopsis of Cutaneous Diseases », 1813.

pholyx, tandis que l'érysipèle est placé dans le troisième ordre, celui des exanthèmes, et que, d'autre part, la varicelle, la vaccine, le rupia, la miliaire, les aphtes et l'herpès forment un ordre nouveau où est compris l'eczéma, ordre non prévu à l'origine par Willan, celui des vésicules qui constituent ainsi un ordre VI consécutif à l'ordre V, formé par les pustules. C'est ainsi que le système publié par Bateman comprend huit ordres et non plus sept.

Dans la définition initiale, Willan donne le mot anglais « vesicle » comme synonyme du mot latin « bulla » et montre dans la planche annexe des bulles volumineuses et claires sous le nom « vesicles » (fig. 10). Mais la critique de l'auteur allemand Thilesius (1802) qui avec juste raison protesta contre la classification de l'herpès parmi les maladies à grosses bulles, détermina Willan — et Bateman avec lui — à créer un nouvel ordre, celui des petites bulles, sous le nom « Vesiculæ ». Mais là même, dans ce groupement nouveau et prémédité, il n'est pas fait mention spéciale de l'eczéma; il est seulement déplacé en même temps que l'herpès. A ce moment, il ne constitue encore qu'un petit chapitre insignifiant, chapitre terminal des dermatoses vésiculeuses, tout au contraire du chapitre actuel de l'eczéma qui tient une place plus considérable que tout autre dans les manuels.

Non moins que la dimension du chapitre le contenu s'est modifié et personne ne serait plus surpris que Willan lui-même, s'il pouvait voir ce qui est advenu en cent ans de cet eczéma qu'il avait fait tout petit et étudié presque comme quelque chose d'accessoire.

Willan désirait constituer un ordre unique pour certains cas peu fréquents de dermatite vésiculeuse qui sont dus évidemment à des traumatismes extérieurs de nature chimique ou physique, cas disséminés jusque là dans la littérature sous les noms les plus divers, et les grouper à côté de la dermatite vésiculeuse due aux coups de soleil (heat eruption). Il choisit pour désigner cet ordre le mot d'ECZÉMA tombé en désuétude, quoique Aetius, qui l'avait employé pour la première fois, eût désigné ainsi une éruption de phlyctènes chaudes, douloureuses, non ulcéreuses, c'est-à-dire selon toute vraisemblance les furoncles. Il est certain que les cas de dermatite mercurielle décrits à cette époque de plusieurs côtés et ayant provoqué une grande attention, ont poussé Willan à cette généralisation. Bateman, à la fin de son chapitre Eczéma dit sans autre commentaire : on consultera sur l'eczéma les travaux de Alley, Moriarty et Mathias, consacrés à la maladie mercurielle (hydrargyrie, roséole vénérienne, lèpre mercurielle, maladie mercurielle).

Mais le génie de Willan devina quelque chose de plus dans ces cas : — un *type* d'une dermatite vésiculeuse traumatique; il assembla dans le même groupe cette dermatite, les cas de dermatite vésiculeuse dus aux coups de soleil, cas déjà mieux connus et une série d'inflamma-

tions de la peau dues à l'application d'emplâtres irritants, de vésicatoires, du tartre stibié et de l'arsenic, au contraire de ses contemporains, qui faisaient des lésions mercurielles quelque chose d'étrange et d'anormal.

Naturellement Willan ne pressentait pas que par cette synthèse, géniale pour l'époque, il avait apporté en dermatologie une conception qui, s'étendant avec le temps, devait, en un demi siècle, englober une grande partie des autres dermatoses comme un macrophage insatiable.

Dans l'étude de la définition du groupe « eczéma » Willan avait eu en vue exactement la dermatite mercurielle et le coup de soleil, décrivant les localisations surtout d'après la première et les caractères éruptifs d'après le dernier.

Pour comprendre la définition générale de l'eczéma donnée par Willan, il est indispensable de rappeler ces notions qui semblent incompréhensibles pour les dermatologistes actuels lorsqu'ils ont la notion d'un eczéma d'aujourd'hui sous les yeux. Voici cette définition :

« Une éruption de vésicules petites, non contagieuses, agglomérées, qui se transforment en squames et en croûtes par résorption de la sérosité qu'elles contiennent. Cette éruption est communément l'effet d'une irritation intérieure (1) ou extérieure ; elle se distingue de la miliaire en ce qu'elle n'est pas le résultat de la fièvre ; elle peut être limitée à une petite partie de la surface du corps ou être répandue sur la peau entière. Chez l'homme elle atteint surtout la face interne de la cuisse, l'aisselle et les régions les plus riches en glandes; chez la femme, les parties inférieures du sein, les organes sexuels et l'anus (2). Si elle se limite aux doigts, aux mains et à une partie de l'avant-bras (3) on la confond souvent, à tort, avec la gale. Cependant la distinction est possible et peut être faite par la présence de vésicules acuminées et transparentes, la cohérence des lésions, leur uniformité, l'absence d'inflammation périphérique et souvent par les sensations concomitentes, plutôt douloureuses et picotantes que prurigineuses.

Pensons-y ! Un eczéma qui est plus douloureux que prurigineux ; un eczéma sans manifestations inflammatoires périphériques ; un eczéma dont la topographie, chez l'homme, est presque limitée à la face interne des cuisses et aux cavités axillaires ; un eczéma dans lequel on ne parle ni de la durée ni de l'évolution comme étant choses sans importance ; un eczéma dont la morphologie paraît presque limi-

(1) « Intérieure » s'applique seulement à la détermination d'une dermatite mercurielle par voie interne. Les causes constitutionnelles ne jouent aucun rôle dans l'eczéma de Willan.

(2) Siège de prédilection de la dermatite mercurielle.

(3) Cette localisation se rapporte à l'eczéma solaire limité aux mains, ainsi que le montrent les mots suivants : « Absence d'inflammation périphérique. »

tée avec la notion, comme éléments fondamentaux, de vésicules claires et agminées !

Messieurs, Willan n'est pas, nous devons le dire, le créateur de la conception actuelle de l'eczéma. Si son chapitre consacré à l'eczéma avait été développé dans le sens indiqué par lui, nous posséderions aujourd'hui, sous le nom d'eczéma, au bout de cent ans, un chapitre dermatologique important et instructif extrêmement étendu, consacré aux dermatoses traumatiques ; mais il en fut autrement et savoir comment est, à première vue, très étrange et difficile à comprendre, car il n'existe rien de plus simple et de plus clair au point de vue étiologique et morphologique que cette dermatite aiguë, vésiculeuse, traumatique que Willan avait baptisée eczéma.

La conception de l'eczéma ne persista si simple et si claire que pendant peu d'années. Cependant, que les compatriotes aient adopté comme exacte la conception de Willan, nous en avons un témoin incontestable dans Samuel Plumbe (1). Celui-ci s'en tient strictement à Willan et à Bateman et tend plutôt à limiter la conception de l'eczéma au paradigme initial de l'eczéma solaire. Il dit : « L'eczéma, tel qu'on peut le comprendre en général, d'après la définition que Bateman en a donnée, est simplement produit par l'effet de la chaleur agissant sur la peau (2). Je ne sais pas si une irritation d'une autre forme peut provoquer une éruption vésiculeuse ayant la même extension, avec ou sans inflammation autour des vésicules, quoique Bateman ait cru que d'autres agents irritants très différents les uns des autres, peuvent le provoquer chez des personnes dont la peau est naturellement très sensible ».

En un certain sens, Plumbe reste plus exactement dans la conception de Willan que Bateman lui-même. Il reconnaît, à côté de l'eczéma solaire, la dermatite mercurielle comme un eczéma rubrum et comprend également dans celui-ci la dermatite due à l'opium, à l'antimoine, au baume de Copahu, mais il déclare que « dans ces affections le contenu des vésicules se trouble rarement et est résorbé en un ou deux jours sans déchirure de la cuticule, de sorte qu'à la suite on observe simplement de petites exfoliations croûteuses ».

Par suite, on ne trouve chez lui aucune trace de la troisième forme d'eczéma décrite par Bateman, c'est-à-dire l'eczéma impetiginosum, eczéma compliqué partiellement de pustules, tel que celui qui est dû à un emplâtre vésicant, ou tel qu'on l'observe chez les épiciers et chez les maçons, et qui conduit à l'impetigo figurata de Willan, et aussi à notre eczéma actuel. Il est bien certain que cet eczéma impetiginosum a été compris par Willan et Bateman dans la conception de l'eczéma

(1) Plumbe, « A Practical Treatise on the Diseases of the Skin ». 1re éd., Londres ; 2e éd., Londres, 1827.

(2) Nous savons maintenant que l'action du soleil produit des dermatites grâce aux rayons bleus et ultra violets, et non aux rayons rouges (caloriques).

plutôt pour des raisons étiologiques que morphologiques, car la définition indiquée plus haut pour l'eczéma ne lui convient absolument pas. Mais la mention de ces maladies chroniques professionnelles dans lesquelles s'observe une inflammation diffuse de la peau, un prurit marqué, maladies dans lesquelles, aujourd'hui encore, il est souvent difficile pour nous de séparer la dermatite traumatique de l'eczéma, cette mention, dis-je, était la seule inconséquence dans le chapitre si clair de l'eczéma établi par Willan et Bateman, elle s'en montra dans la suite le point faible, comme le talon d'Achille.

Plumbe est par suite le plus pur willaniste toutes les fois qu'il s'agit de l'eczéma ; *il est également le dernier*.

Les auteurs anglais qui viennent maintenant sont tous déjà sous l'influence de l'École parisienne devenant prédominante après la mort de Willan.

Alibert, le contemporain fantaisiste de Willan, resta sans influence sur la jeune génération, mais il n'en fut pas de même de Biett et de Rayer surtout. Le livre remarquable de Rayer (1), plein d'excellentes observations personnelles, riche en remarques positives sur la pathologie de la peau, écrit dans une langue courante et claire, donna le ton pendant des dizaines d'années en France, en Allemagne et en Angleterre. Il est encore aujourd'hui, après le livre de Willan et Bateman, l'œuvre la plus puissante de la dermatologie au commencement du siècle dernier.

Biett enseigna que Willan avait par erreur décrit seulement l'eczéma aigu, et entrevu l'eczéma chronique. Rayer l'appuya en ajoutant aux trois formes de l'eczéma de Willan, — eczéma solaire, impetiginosum et rubrum — une quatrième forme « l'eczéma chronique » et il affirma : « L'eczéma a une marche aiguë ou une marche chronique ». Dans la description de l'eczéma aigu, la dépendance de Willan se montre encore par certaines thèses : « Chez l'homme, il s'observe souvent sur la région interne de la cuisse, sur le scrotum et les bords de l'anus. Chez la femme, il se développe souvent sur les mamelons, à la partie interne de la vulve et du rectum ».

Ces thèses n'avaient été à l'origine affirmées par Willan que pour la dermatite mercurielle, mais on voit apparaître de nouveaux détails lorsque Rayer continue : « Chez l'enfant, il atteint surtout le visage et les régions pilaires de la tête et s'étend parfois dans la bouche, dans les cavités narinaires et le conduit auditif externe ».

Dans ceci Rayer s'éloigne tout à fait de Willan Un eczéma du cuir chevelu chez l'enfant est tout à fait étranger à ce dernier auteur.

La description si claire de Willan — dans cette élaboration française de l'eczéma aigu — s'amalgame avec certains traits qui n'ont

(1) Rayer, *Traité complet théorique et pratique des maladies de la peau*, Paris, 1826.

plus rien de commun avec la description willanique d'une dermatite vésiculeuse et traumatique.

Rayer se montre tout à fait indépendant et parle en maître dans le nouveau domaine de l'eczéma chronique. C'est là réellement une création nouvelle. Grâce à des détails qui se trouvent dans Willan rapportés surtout dans le chapitre « impetigo et porrigo » il établit, en se fondant sur onze observations personnelles, un tableau de l'eczéma chronique qui — en gros et en détail — peut être considéré comme la base de notre conception actuelle de l'eczéma. Il dit, par exemple : « L'eczéma du cuir chevelu et du visage a été décrit sous le nom de crusta lactea, tinea mucosa, porrigo larvalis, scabies faciei, tant qu'on a voulu, sous ce nom désigner le stade aigu ; mais au stade de la desquamation furfuracée on l'a nommé tinea purpuracea ou asbestina. La confusion qui existe dans la nomenclature et la classification est due essentiellement à ce que la plupart des pathologistes ont pris les différents degrés et les différents stades de l'eczéma pour des formes morbides spéciales et n'ont pas observé avec soin l'évolution graduelle de la maladie ».

Rayer a encore un mérite particulier, dans l'étude de son eczéma chronique, en décrivant exactement les modifications régionales sous lesquelles il se présente, description dans laquelle les dermatologistes de tous les pays l'ont suivi jusqu'à maintenant.

Tel est le grand mérite de Rayer en ce qui concerne son eczéma chronique *qui est notre eczéma actuel*. Ce mérite aurait été encore plus grand s'il n'avait pas amalgamé, d'une manière peu naturelle, cette nouvelle maladie avec l'eczéma de Willan, mais s'il lui avait donné un nom nouveau et différent. Que la définition de Willan ne convienne pas exactement à cette nouvelle maladie, et on le voit en différents points de son livre, Rayer le sait très bien. Tandis que, par exemple, il essaye de maintenir le début éruptif par les vésicules dans toutes les formes d'eczémas, il ne peut pourtant lui échapper qu'il n'est pas toujours facile de distinguer l'eczéma du cuir chevelu, soit du psoriasis, soit du pityriasis de la même région, et sans vésicules visibles, il diagnostiquait comme de l'eczéma telle affection du cuir chevelu où il voyait sur d'autres parties du corps des efflorescences couvertes de croûtes.

Une inconséquence différente se trouvait dans la suite. Pour Willan l'eczéma était exclusivement une affection traumatique et tandis que pour lui, l'origine de la plupart des affections cutanées était entourée d'une profonde obscurité, il affirmait ouvertement et énergiquement que l'eczéma est d'origine traumatique et — cela va sans dire — non infectieux.

Mais il n'échappait pas à l'esprit aigu d'observation de Rayer que cet eczéma chronique peut, ici et là, être transporté d'homme à homme

et, par conséquent, être infectieux. Après que, dans son début, il s'accorde avec Willan et considère l'eczéma comme non infectieux, il donne plus tard deux observations de malades qui rendent probables cette nature infectieuse.

On voit ici qu'au moment où se transformait la conception anglaise de l'eczéma, à la suite des travaux accomplis en France, existaient déjà en germe les mêmes inconséquences, qui, durant un siècle, firent de l'eczéma un thème de discussion dans les écoles, et de la part des esprits dirigeants. La conception appliquée d'abord à une dermatose traumatique, rare, à marche aiguë, non prurigineuse, s'appliquait ensuite à une maladie non traumatique, très banale, à marche chronique et fortement prurigineuse. La grande faute de Rayer fut, malgré cette inconséquence qui ne lui échappait pas, de laisser flotter ce qu'il y avait de neuf et de bon dans son œuvre sous un pavillon ancien et non approprié, d'amener la dislocation d'une conception morbide ancienne et bien définie, au lieu de trouver un nouveau terme et de donner une description absolument originale de la nouvelle maladie par lui décrite.

Si, aujourd'hui, nous considérons cette association malencontreuse de choses tout à fait hétérogènes, qui a conduit, dans la suite des temps, à un désordre inextricable et devait y conduire, on se demande involontairement quelle en fut l'origine. Comment un cerveau aussi clair et indépendant que celui de Rayer pouvait-il mettre au monde sa maladie chronique tirée de l'impétigo et du porrigo, sous le nom d'eczéma donné sous le nom de Willan ? J'ai déjà mentionné une circonstance qui fut la première occasion de cette grave confusion : l'inclusion de la dermatite professionnelle des maçons et des épiciers, dans l'eczéma « impetiginosum », de Willan ; mais la cause principale n'est pas le fait d'une erreur d'interprétation, elle a une origine plus profonde : l'ignorance complète de Rayer au sujet de l'eczéma de Willan. Rayer n'a pas pu étudier Willan dans l'original du texte de Bateman, car il écrit, sans penser qu'il est en opposition directe avec Willan : « Les formes morbides avec lesquelles l'eczéma simple peut être facilement confondu sont les éruptions artificielles dues aux coups du soleil ». Il ne sait donc pas que Willan a expressément créé le nouveau nom d'eczéma pour ces dernières éruptions. Et il donne à son erreur une forme encore plus précise quand il dit : « Willan et Bateman ont réuni à l'eczéma plusieurs éruptions artificielles vésiculeuses qui sont absolument différentes de celui-ci par leur nature et par leur thérapeutique ». Il ne sait donc pas que Willan et Bateman ont nommé « eczéma » ces seules éruptions vésiculeuses artificielles et ne pouvaient avoir aucune idée de l'eczéma chronique (de Rayer). Celui-ci croyait agir pour le mieux en débarrassant la conception anglaise — qu'il s'imaginait être confuse — des dermatites artificielles, alors que lui-même

conduisait inconsciemment le premier à cette confusion. Il dit : « Plusieurs préparations mercurielles engendrent une éruption vésiculeuse que l'on a rangée dans l'eczéma avec lesquel elle a du reste beaucoup de rapports au point de vue objectif, mais, dans sa nature et son évolution, elle a beaucoup plus de rapport avec les éruptions artificielles. Beaucoup d'autres substances, l'emplâtre de poix de Bourgogne, le sparadrap, le diachylum, la ciguë, l'opium, le suc de plusieurs plantes de la famille des euphorbiacées, l'huile de croton, les lotions soufrées, des acides étendus d'eau provoquent également sur la peau de petites vésicules qui par leur forme, leur répartition ont plus ou moins d'analogie avec l'eczéma. Mais, dans leur nature, toutes ces inflammations artificielles et vésiculeuses diffèrent entièrement de l'eczéma ; elles guérissent toutes facilement et rapidement et présentent ainsi un contraste remarquable avec l'eczéma, maladie rebelle et souvent récidivante. »

Si Rayer avait eu cette vision claire (qu'il montre en étudiant la différence entre la dermatite artificielle et son eczéma), pour le début réel de son eczéma chronique et si, au lieu de conserver ce début avec soin et de le décrire à nouveau, il n'avait pas placé la description de la dermatite traumatique comme début aigu de son eczéma chronique, la plupart des erreurs consécutives sur l'eczéma auraient été évitées.

Tout à fait naïvement et insconsciemment, Rayer, après avoir éliminé, avec raison, les dermatites artificielles ainsi que les hydrargyries de son chapitre eczéma, les y fait rentrer en y incorporant, mot pour mot, la définition appliquée par Willan à l'eczéma aigu. Je pense du reste que vous serez d'accord avec moi pour penser que l'absence d'une étude linguistique, dans notre éducation, peut être l'origine d'erreurs prolongées.

Mais pour nous, qui voulons poursuivre l'étude de la conception de l'eczéma en Angleterre, il faut préciser d'abord le sens de quelques termes, si nous ne voulons perdre le fil conducteur, au milieu du désordre qui existe dès lors.

Dès maintenant, j'appellerai *eczéma de Willan* la dermatite vésiculeuse aiguë traumatique et je désignerai comme *eczéma de Rayer* l'eczéma chronique non traumatique, tantôt vésiculeux, tantôt sec, « l'impétigo-porrigo-eczéma » dont nous devons la première description classique à Rayer lui-même. De cette façon, je laisserai de côté l'eczéma aigu de Rayer, qui est seulement une copie inférieure de l'eczéma de Willan, rattachée, par Rayer, à tort, à son type chronique.

(*A suivre*).

COURS DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE DES MALADIES DE LA PEAU

6e Article.

APPLICATIONS DE LA MÉTHODE ANTIPHLOGISTIQUE.

Après avoir étudié le traitement de l'eczéma en général, les auteurs classiques étudient celui de ses *variétés régionales*. Mais je ne pourrais l'exposer ici, sans être amené à parler des méthodes actives, qui doivent être appliquées dès que l'état aigu est apaisé ; la thérapeutique des formes régionales de l'eczéma sera exposée au chapitre *Méthode réductrice*.

Les séborrhéides eczématisées aiguës sont des affections fréquentes, souvent difficiles à guérir, qui relèvent de la méthode antiphlogistique, mais fréquemment l'état inflammatoire persiste, et guérit par l'application de réducteurs, goudrons, ichtyol, de solutions picriquées, ou de bleu de methylène. Le traitement de ces formes sera exposé avec le traitement des séborrhéides (V. *Méthode réductrice*).

J'étudierai en détail, dès à présent, le traitement des dermatites artificielles aiguës, et des dermites infantiles aiguës, et d'autre part, celui de la dysidrose et des miliaires sudorales dont l'étude se rattache assez naturellement à celle de la méthode antiphlogistique.

Dermatites artificielles aigues d'origine externe.

Les dermatites artificielles sont, les unes d'origine externe, et les autres d'origine interne ; les premières sont dues à l'action locale de causes morbides, physiques ou chimiques. Les agents physiques produisent souvent des lésions profondes, des destructions et des eschares, mais quelquefois, au contraire, des réactions qui aboutissent à la réparation des tissus, réparation complète, au moins en apparence : signalons les érythèmes produits par la lumière solaire et les lampes électriques à arc, les brûlures superficielles, les érythèmes dus aux rayons X....

Parmi les agents chimiques, un grand nombre peuvent produire des lésions destructives, mais, dans la pratique journalière, on a presque uniquement affaire à des lésions non destructives, qui n'aboutissent pas à l'élimination en masse des produits mortifiés et sont susceptibles de guérison complète. Nous négligerons l'étude du traitement des lésions destructives ; elle comprend un chapitre important, celui des brûlures, mais ce chapitre est exposé dans les ouvrages de chirurgie, et exigerait des développements disproportionnés ici.

Sous le nom de dermatites artificielles aiguës d'origine externe, je

comprendrai donc des réactions inflammatoires produites presque exclusivement par les agents chimiques.

Je ne puis énumérer tous ceux de ces agents qui sont susceptibles de produire des dermatites artificielles. Les éruptions professionnelles sont des plus communes: éruptions des blanchisseuses et des laveuses, des photographes, des chirurgiens, des épiciers, etc. Il existe des éruptions médicamenteuses dues à l'iodoforme, au salol, au mercure, aux teintures de cheveux, en particulier à la teinture de paraphénylène-diamine; parmi celles-ci, le dermatologiste, s'intéresse surtout à celles qu'il peut provoquer lui-même par une médication trop active, au moyen des réducteurs, tels que le goudron, la chrysarobine, le soufre, etc. Un fait capital doit être mis en relief, c'est l'extraordinaire importance de la susceptibilité individuelle, liée d'une part à l'état congénital de la peau : c'est ainsi que certains sujets, à toutes les périodes de leur vie, sont extrêmement sensibles à l'iodoforme ou au salol, alors que leur peau ne présente aucune sensibilité anormale à d'autres substances chimiques, — liée dans d'autres cas à des modifications acquises dépendant de troubles de l'état organique : troubles gastriques, hépatiques, rénaux, convalescence des maladies infectieuses, etc. Enfin l'âge joue un rôle important : la peau est plus sensible avant la puberté qu'elle ne l'est après ; d'autre part la sensibilité redevient plus grande à une époque plus ou moins avancée, précédant ou accompagnant les lésions classées sous le nom de « *régression sénile de la peau* ».

Les symptômes des dermatites artificielles sont connus de tous les praticiens ; il existe un grand nombre de variétés morphologiques, où certains symptômes sont liés à la nature de la cause irritante ; mais la plupart ont des caractères communs, la rougeur, le gonflement ; les téguments sont un peu chauds, et même sensibles au toucher, dans les formes très aiguës ; parfois les lésions sont simplement érythémateuses, mais souvent on observe des lésions épidermiques — tantôt une vésiculation diffuse avec suintement et formation de croûtes, identiques à celles de l'eczéma — tantôt des phlyctènes, identiques à celles des brûlures, claires d'abord, puis remplies de pus — tantôt des pustules.

Le diagnostic se fait très facilement au niveau des mains, siège de prédilection des éruptions professionnelles. Sur le corps, il peut être difficile pour le médecin non spécialiste : chez tout malade atteint d'une éruption aiguë de caractère un peu anormal et qui ne rentre pas immédiatement dans un type bien connu, on doit chercher s'il n'y a eu aucune cause irritante externe, dans les cas surtout où l'éruption est *régionale*, et n'obéit pas aux lois de symétrie et de diffusion sur certaines régions qui règlent la répartition de la plupart des dermatoses.

Le traitement d'une dermatite artificielle aiguë est des plus faciles

pour le dermatologiste qui sait ce qu'il veut faire en appliquant tel ou tel procédé. On supprimera la cause irritante, et *toutes les causes irritantes annexes ;* il est presque inutile de faire remarquer qu'il faut supprimer l'usage du savon dans les dermatites artificielles aiguës, comme du reste dans les dermatites artificielles chroniques — encore faut-il penser à en faire la recommandation aux malades.

Le choix des moyens de traitement varie suivant la forme anatomique à laquelle on a affaire. Dans les types érythémateux, on appliquera simplement des poudres. Mais, quand il existe des lésions de l'épiderme, le traitement est plus compliqué.

Assurer l'élimination de tous les produits qui doivent être éliminés et faire l'asepsie de la surface, telle est la première indication ; dessécher les lésions constitue la seconde.

S'il existe du pus. des croûtes liées à l'infection de la surface, si même il existe des régions mortifiées, on fera des pulvérisations, des pansements humides, des applications de cataplasmes de fécule ou mieux de ouataplasmes ; toutes les formations cavitaires seront ouvertes d'une manière large.

Dès que l'asepsie paraît réalisée, dès que l'œdème diminue, et s'il n'y a pas de lymphangite, on applique des pâtes, qu'on couvre de poudre pour dessécher plus complètement. Elles peuvent être appliquées d'emblée dans les formes pustuleuses à petits éléments, qui sont constituées par des folliculites. L'amélioration est toujours rapide et souvent la guérison complète.

On emploiera des réducteurs au niveau des lésions rebelles, après sédation de l'état inflammatoire. Le nitrate d'argent à 1 p. 50, 1 p. 20, 1 p. 10, suivi même de frictions au crayon de zinc, l'acide picrique en badigeonnages à 1 p. 200, en ont en général raison. Ces lésions rebelles s'observent presque exclusivement au niveau des mains ; leur traitement se confond avec celui de l'eczéma chronique et nous y reviendrons.

Est-il bien nécessaire de s'étendre maintenant sur la thérapeutique de quelques formes spéciales ? A partir du moment où la cause morbide n'agit plus sur les tissus, elle n'a plus d'importance ; le traitement s'adresse aux réactions qu'elle a provoquées ; je viens de l'exposer d'une manière un peu schématique, mais que je crois suffisante.

DERMITES INFANTILES.

Sous ce nom de dermites infantiles, on comprend des infections de la peau qui se développent chez l'enfant au niveau des fesses, des régions inguinales et périnéales et s'étendent plus ou moins sur la région lombaire, l'abdomen, les cuisses. Parfois la dermite est précédée par un intertrigo, d'étiologie complexe : souvent elle s'explique par des

soins de propreté insuffisants, ou par la nature irritante de matières diarrhéiques ; elle se rattache surtout à l'humidité persistante de la région, déterminée par des produits organiques.

Jacquet (1) distingue quatre formes : *dermite érythémateuse* : la peau est rouge, chaude, tuméfiée, la surface tendue, brillante; la guérison s'accompagne parfois de desquamation ; *dermite érythémato-vésiculeuse* : ici on trouve sur les lésions précédentes des vésicules, séreuses à l'origine, parfois suppurées plus tard, qui s'ouvrent en laissant des érosions ; des vésicules semblables peuvent apparaître à distance, par auto-inoculation ; *dermite papuleuse* : au lieu de se séparer, les érosions bourgeonnent, végètent, on observe des saillies aplaties, franchement rouges au début, rouge foncé plus tard, parfois entourées d'une collerette cornée. Les saillies s'observent surtout sur le sommet des fesses, les cuisses, le mollet ; on les a longtemps prises pour des lésions syphilitiques ; *dermite ulcéreuse* : ici on trouve des ulcérations superficielles ou profondes, dermiques ou même hypodermique au niveau des régions de pression.

Le traitement des dermites infantiles repose sur l'emploi minutieux des règles que nous avons posées en étudiant les méthodes aseptique et antiphlogistique. On évitera *absolument* l'emploi de toutes les graisses et des pommades ; on ne prescrira de bains que pour nettoyer des régions ulcérées ; mieux vaut quand il est possible les remplacer par des pulvérisations ou des lotions tièdes. A la suite de toute application humide, la peau sera séchée au coton, ou mieux encore avec un insufflatenr. Il faut éviter toute macération, tout séjour d'humidité.

Le pansement permanent doit être fait avec des pâtes simples ou avec des poudres. Les poudres conviennent mieux dans les formes superficielles, les pâtes dans les formes profondes ou ulcéreuses ; elles ont du reste l'avantage de tenir mieux à la peau ; les poudres doivent être appliquées souvent, si l'on veut que le fond des plis reste sec.

On s'occupera toujours, dans le cas de dermite infantile, de l'état de santé général de l'enfant, en particulier de celui du tube digestif. La prophylaxie de la dermite comprend les lavages répétés des régions souillées par les matières fécales et l'urine, et l'application *réitérée* de poudres absorbantes, de talc, par exemple. additionné d'un cinquième d'oxyde de zinc et d'un dixième de sous-nitrate de bismuth.

Dysidrose.

La dysidrose dans ses formes les plus typiques s'observe en été, chez des sujets adultes (2). Elle se développe à la face palmaire des

(1) Jacquet, *Traité des Maladies de l'enfance*. de Grancher, Comby, Marfan, t. V, 1898.
(2) Hallopeau et Leredde. *Thaité pratique de Dermatologie*, p. 865.

mains et plantaire des pieds sous forme de vésicules, dont certaines restent très petites, alors que d'autres atteignent les dimensions d'un pois. Sur certains points, elles sont tellement nombreuses qu'elles deviennent confluentes. Elles soulèvent la couche cornée de la paume des mains et de la plante des pieds, qui s'épaissit; par suite elles sont dures, tendues, et s'ouvrent très lentement ; leur contenu est filant, mais clair, à moins d'infection secondaire. Un grand nombre se dessèchent et on observe à la suite une desquamation plus ou moins étendue, suivant l'importance du processus vésiculeux. A la face interne des doigts, elles s'ouvrent de bonne heure, en laissant des érosions de couleur rouge ; l'aspect rappelle celui de l'eczéma.

Les lésions de la dysidrose peuvent s'eczématiser ; les rapports de cette affection et de l'eczéma vrai constituent du reste une des questions les plus obscures de la dermatologie.

L'affection, en général indolente, peut s'accompagner de prurit.

La maladie est essentiellement récidivante.

Les lésions n'ont aucun rapport avec les glandes sudoripares ; cependant on les observe souvent chez des sujets hyperidrosiques, et dont l'état de nutrition général n'est pas régulier (arthritiques).

Unna a vu dans la couche cornée, à la surface, des bacilles colorables par la méthode de Gram.

Le traitement de la dysidrose doit se faire suivant les règles suivantes :

On ouvrira toutes les vésicules apparentes, avec des ciseaux flambés; on lavera les érosions ainsi déterminées avec du borate, ou du bicarbonate de soude en solutions aqueuses (1 à 5 p. 100).

J'ai employé avec succès les badigeonnages avec une solution aqueuse faible d'ichtyol (3 p. 100).

A la suite, le pansement est fait soit avec une poudre inerte, talc, oxyde de zinc, soit avec un mélange de poudres inertes et astringentes :

Talc	20 gr.
Oxyde de zinc	10 gr.
Dermatol	3-6 gr.

ou bien avec des pâtes molles. Celles-ci ont l'avantage d'éviter plus complètement les infections secondaires.

Chaque jour ou deux fois par jour, on nettoie la poudre ou la pâte, on lave ou badigeonne les érosions et on ouvre les nouvelles vésicules.

Lorsque l'affection est arrivée à la période terminale, on peut employer des kératolytiques faibles, par exemple des pommades salicylées, resorcinées, ou même faire des badigeonnages avec des solutions alcalines telles que :

Potasse caustique	1 gr.
Eau	500 gr.

en ayant soin de rincer à fond ensuite.

La peau des malades atteints de dysidrose est souvent irritable; on n'emploiera pas de savon au moment des poussées ; entre les poussées, le malade nettoiera les mains au savon surgras ; il sera souvent utile de poudrer les mains et les pieds. J'ai plusieurs fois réussi à arrêter des poussées de dysidrose, à leur début, par des applications réitérées de teinture d'iode.

Le traitement interne de la dysidrose, au moment des poussées, est assez difficile à régler ; j'ai obtenu de bons résultats, dans des poussées intenses, en mettant les malades au régime lacté complet ou partiel, et en prescrivant des paquets de nitrate de potasse (1-2 gr.) et de lactose (20-30 gr.) par jour, de manière à augmenter la quantité d'urine.

Entre les poussées, l'alimentation devra être sobre ; on diminuera surtout l'alimentation carnée. Les cures d'Evian, de Vittel, la cure de Vichy, lorsqu'il existera une tare hépatique, peuvent être recommandées avec avantage.

MILIAIRES SUDORALES.

La *miliaire sudorale rouge* est constituée par l'apparition de fines vésicules survenant au cours de sueurs profuses provoquées par la chaleur ; les lésions s'observent surtout sur le tronc et les membres supérieurs.

Les vésicules sont transparentes ; elles sont entourées d'une aréole rosée. Lorsqu'elles sont très nombreuses et l'état inflammatoire marqué, on voit de larges nappes rosées sur lesquelles font saillie les vésicules. Celles-ci se rompent rapidement ; une fine desquamation en est la suite, quelques-unes peuvent devenir pustuleuses.

On fera porter au malade directement sur la peau de la toile fine et cela même après la guérison. Pour favoriser celle-ci, qui est toujours rapide, il suffit de poudrer largement le corps avec une poudre telle que celle-ci :

Dermatol............................	4 gr.
Oxyde de zinc........................	20 gr.
Amidon..............................	40 gr.

Sur les points les plus malades, on pourrait à la rigueur appliquer de la pâte de zinc et poudrer.

La *miliaire cristalline* est constituée par des vésicules plus volumineuses que celles de la miliaire rouge, sans aréole inflammatoire qu'on observe par exemple dans la fièvre typhoïde, après l'apparition de sueurs profuses.

Les *pyodermites sudorales* décrites par L. Perrin se développent surtout sur le tronc, chez les enfants, sous forme de nodosités de volume variable, souvent fort nombreuses ; quelques unes sont hypodermiques, elles s'ouvrent à la surface, après un stade fréquent de

pustulation. Ces lésions sont dues au staphylocoque doré. D'après Pilliet, il ne s'agit pas, comme on pourrait le croire de folliculites, mais de lésions suppurées se développant au niveau des glandes sudoripares.

Le traitement sera des plus simples ; on appliquera des pâtes et on couvrira de poudres. (*A suivre.*)

E. L.

SOCIÉTÉS SAVANTES

BERLINER DERMATOLOGISCHE GESELLSCHAFT.

ANNÉE 1901

Traitement du psoriasis, par Blaschko. Séance du 8 janvier.

B. veut remettre en honneur chez les psoriasiques un mode de traitement qu'il juge abandonné à tort. L'acide chrysophanique constitue le traitement le plus employé, et cela à juste titre ; le goudron et le pyrogallol viennent en seconde ligne ; là où tous ces agents peuvent produire de l'irritation ou une coloration gênante, la pâte au précipité blanc est employée avec prédilection.

Depuis plusieurs années, Blaschko se sert d'une préparation iodo-mercurielle, due à Rochard, avec d'excellents résultats.

On la prépare en mélangeant : Iode pur 0,6. Calomel 1,8. Vaseline ou adeps scillus q. s. p. 100. B. ajoute en général un peu d'éther ou d'alcool.

La sensibilité de la peau à l'égard de cette préparation est des plus variables ; certains la supportent très mal, d'autres, des enfants et des jeunes filles elles-mêmes la tolèrent admirablement, même beaucoup plus concentrée. Chez certains psoriasiques la pommade n'amène pas d'irritation de la peau et n'amène pas non plus la résorption des plaques. Chez d'autres les résultats sont remarquables ; la guérison se produit quelquefois comme après la chrysarobine, par décoloration des éléments, avec hyperémie autour.

Il est certain que la chrysarobine est souvent supérieure à la pommade de Rochard, mais parfois celle-ci mérite la préférence, et d'abord chez les sujets qui ne supportent pas la chrysarobine, chez ceux qui craignent la coloration qu'elle produit sur les téguments, les accidents oculaires, en particulier dans le psoriasis du cuir chevelu et du visage. Cependant la pommade est parfois irritante pour les yeux, mais il faut savoir qu'elle ne produit jamais de réaction en dehors des points où elle est appliquée.

Blaschko estime à 30 p. 100 le nombre des psoriasis dans lesquels la pommade de Rochard peut remplacer la chrysarobine ; il l'a essayée, depuis deux ans, sur un grand nombre de malades.

Vollmer cite des cas où cette méthode sera précieuse, en particulier chez les patients qui d'abord curables par la chysarobine ne le sont

plus après un certain nombre de cures. BLASCHKO a vu des cas de ce genre, ou la chrysarobine n'agit plus, quelle que soit la dose employée. GERSON vante la teinture de Fischl (Goudron de houille, 10 ; Benzol, 20 ; Alcool, 70), qu'on applique après savonnages au savon doux, le savon noir n'étant pas toujours supporté.

Etude expérimentale sur le question de l'alopécie, par BUSCHKE. Séance du 13 nov. 1900.

B. croit que les travaux français récents, consacrés aux alopécies et, en particulier, ceux de Sabouraud, ont trop orienté la question dans le sens bactériologique, de même que celle de la séborrhée. Il rappelle les recherches importantes de Max Joseph : chez deux lapins, celui-ci a obtenu des foyers alopéciques par la section du deuxième nerf cervical.

Giovannini et divers auteurs français ont observé chez des phtisiques traités par l'acétate de thallium une alopécie intense et diffuse. Chez l'animal, Buschke a poursuivi des expériences au moyen de ce corps ; il n'a obtenu de résultats que sur la souris blanche, qui est très sensible à l'acétate de thallium, mais qui résiste quand on emploie celui-ci à doses homeopathiques. L'alopécie se développe alors sous forme de taches.

Cette alopécie n'a pas une cause locale ; les applications directes de thallium ne la produisent pas. Buschke croit que l'action sur la peau se produit par l'intermédiaire du système nerveux.

HELLER rappelle dans la discussion qu'il existe des lésions toxiques des ongles. BUSCHKE connaît ces faits ; du reste, certains agents, comme le borax, peuvent produire l'alopécie, mais non d'une manière systématique.

Cas de kératose palmaire, par BUSCHKE. Séance du 13 novembre 1900.

B. présente une malade atteinte de kératose palmaire et plantaire héréditaire (maladie familiale : plusieurs membres de la famille sont atteints), puis un deuxième atteint d'une affection très rare décrite par Brocq dans l'Atlas international des maladies rares de la peau sous le nom de Kératodermie palmaire et plantaire subaigüë et symétrique. L'affection remonte à deux ans, elle commença au niveau des doigts et des orteils, puis s'étendit à la paume des mains et à la plante des pieds où elle formait des nappes et des îlots hyperkératosiques, avec périphérie inflammatoire. L'insuccès du traitement antisyphilitique permit d'éliminer la syphilis. On sait que la blennorragie peut donner des lésions analogues ; il n'en était pas question chez le malade. Il s'agit vraisemblablement d'un trouble de nutrition, avec ou sans participation du système nerveux.

Tuberculoses de la peau par TH. MAYER. Séance du 5 février 1901.

Mayer présente plusieurs malades de la clinique de Lassar, atteints de formes remarquables de tuberculose de la peau. Le premier cas est celui d'une dame

de 20 ans, vigoureuse, de famille saine, qui, dans son enfance, a présenté de la scrofulose et présente encore des végétations adenoïdes de la muqueuse nasale. Il y a un an et demi, survinrent, dans le pli naso-labial, des petits nodules mous, brillants, arrondis, d'un rouge sombre, de la grosseur d'une tête d'épingle, paraissant reposer sur une base normale. Il ne s'agissait ni d'acné (absence d'orifices, impossibilité d'obtenir de la matière sébacée par expression, persistance des lésions élémentaires sur les mêmes points), ni d'adénome kystique, ni de lymphangiome tubéreux multiple. Il fut impossible de pratiquer une biopsie et de faire le diagnostic. Au bout de six mois, l'état s'était subitement aggravé et les nodules reposaient sur des efflorescences aplaties. Au microscope, on constata l'existence d'un tissu tuberculeux. La récidive se produisit de suite après l'extirpation, montrant qu'il ne s'agissait pas d'une forme bénigne (de petits nodules existent sur la muqueuse nasale).

L'affection appartient au groupe lupus folliculaire disséminé décrit par Tilbury Fox, 1888, acné luposa, lupus acnéiforme d'Hutchinson. Le début est toujours celui indiqué dans le cas actuel. Dans la suite, suivant les uns, les nodules disparaissent spontanément, suivant les autres, il se forme des infiltrats saillants en plateau et peu à peu les lésions prennent un caractère destructif.

Dans les cas étudiés sous ce nom personne n'a trouvé de bacilles sauf Finger qui en a vu 2 sur 50 coupes. Mayer croit à un rapport entre les lésions du pharynx, celles du nez et celles de la peau. L'inoculation de celle-ci se ferait par les sécrétions nasales. Mayer présente un deuxième cas analogue.

Un troisième cas de lupus est remarquable par sa bénignité ; il s'agit d'un lupus des joues enlevé chirurgicalement ; sept ans après seulement, parait un point très peu étendu de récidive.

Un quatrième cas est un exemple d'epithéliome développé sur un lupus erythémateux, n'ayant pas récidivé, ce qui contraste avec la gravité habituelle des épithéliomes développés sur des lupus tuberculeux.

Le cinquième malade présente un exanthème à lésions disséminées se rapprochant sur la face du lupus érythémateux et sur le corps de la folliclis de Barthélemy.

Syphilis méningée traitée par les frictions mercurielles et l'iodipine par Hoffmann. Séance du 5 février.

Cas de syphilis méningée survenu 1 mois et demi après l'infection, malgré un traitement antisyphilitique précoce et intensif.

Chancre du fourreau huit jours après le coït, 5 juillet Le 27 août, roséole. On commence le traitement mercuriel, et on pratique 40 injections de sublimé de 0 gr. 01 centigr. Disparition du chancre, de la roséole, diminution des adénopathies. Après la fin de la cure, le malade qui avait eu de violentes céphalées au début de la roséole est en bon état. Le 13 novembre, douleurs violentes dans la tempe droite et la nuque, vomissements, vertiges. Le 20 novembre il commence un traitement iodo-potassique. Le 25 novembre, il remarque qu'il ne peut plus fermer l'œil droit ; le 8 décembre, il rentre à l'hôpital. On constate alors une paralysie faciale droite totale avec réaction de dégénérescence, une parésie de l'oculomoteur externe droit, l'affaiblissement de l'hypoglosse droit, des troubles du goût à droite. Stase papillaire double. La parole

est incertaine ; céphalée du côté droit ; vertiges. Pas de troubles de l'ouïe. Diagnostic : méningite syphilitique basilaire. Cure de frictions. Iodure de potassium, qui est remplacé par des injections de 25 p. 100 d'Iodipine. Amélioration graduelle. Cependant survient une périostite occipitale. Puis les divers symptômes disparaissent ; il reste encore au bout de deux mois un peu de paralysie faciale.

Tous les symptômes présentés par le malade s'expliquent par la présence de lésions basilaires, à la limite de la protubérance et du bulbe. L'absence de troubles du nerf acoustique est fréquente dans les tumeurs de cette région, auxquelles ce nerf est plus résistant que les autres : la céphalée, les vomissements le stase papillaire sont dus à l'augmentation de pression intra-cranienne. Hoffmann croit au début des lésions par la dure mère, en raison de l'existence d'une périostite.

On a publié depuis dix ans un grand nombre de cas d'affections du système nerveux syphilitiques précoces. Ce cas est remarquable en raison du développement malgré un traitement antisyphilitique énergique antérieur, la limitation des paralysies a droite, la probabilité d'une pachyméningite circonscrite.

ROSENTHAL dit avoir pour sa part signalé plusieurs cas de syphilis cérébrale, précoce. Il croit que la notion de ces accidents est due à Hutchinson. Lui-même a attiré l'attention sur la syphilis cardiaque précoce, qui est à peine connue.

Présentation de malades atteints de tuberculides (folliclis), par SAALFELD et PINKUS. Séance du 5 mars.

SAALFELD présente un cas de folliclis développé chez une femme de 28 ans, de famille saine et ne présentant pas trace de tuberculose. Les lésions se sont développées sur la face dorsale des mains, les doigts et les poignets, sous forme de nodules sous-cutanés, qui s'élèvent peu à peu ; tout autour des nodules paraît une aréole rouge, puis l'efflorescence elle-même devient rouge ; on observe un peu d'exsudation au centre, puis une dépression ombiliquée légère et enfin, au bout de quelques semaines la guérison se fait en laissant une cicatricule. Très léger prurit.

PINKUS présente une fillette de 10 ans qui présente sur le dos des mains et les avant-bras des lésions du même ordre, mais pourvues d'une vésicule à leur centre, puis une jeune fille de 17 ans, laquelle paraît atteinte d'une tuberculide atypique. On trouve sur la face d'extension des jambes de larges taches, rouge violacé, à limite nette, au niveau desquelles existe une légère exfoliation épidermique. Au niveau des foyers les plus larges, on constate une zône, rouge bleuâtre, périphérique, limitant une zône centrale d'une nuance plus claire.

La consistance, la limitation nette, la sensibilité au toucher, l'aspect, rappelent l'érythème noueux. Mais l'évolution générale de la maladie et celle des lésions locales s'opposent à ce diagnostic.

On peut éliminer les thromboses et les phlébites inflammatoires, de même que lasyphilis. Reste la tuberculose, mais il ne s'agit certainement pas d'une

forme commune de tuberculose de la peau. P. pense à l'érythème induré de Bazin. L'iodure de potassium, donné à la malade n'a produit aucun résultat.

ROSENTHAL croit qu'il pourrait s'agir de sclérodermie en plaques. PINKUS fit observer que les symptômes propres à cette affection sont presque tous absents. Chez la malade, les lésions les plus récentes paraissent intracutanées et même sous-cutanées à leur début. Dans la sclérodermie on trouve une zone violacée, le « *lilac ring* » entourant une zone centrale de couleur jaunâtre. Au contraire chez la malade, on observe au centre des lésions une coloration bleuâtre, la couleur de la périphérie est plus rouge et rappelle davantage celle d'un érythème.

Syphilide zoniforme, par HELLER. Séance du 7 mai 1901.

Il s'agit d'un malade qui, à première vue, paraît présenter un zona vulgaire sur le côté latéral droit du thorax, sous forme de groupes situés sur le trajet de la 6e côte. Du côté gauche on trouve sur le trajet des 5e et 6e côtes des groupes analogues antérieurs, latéraux et postérieurs ; Il s'agit d'une syphilide tertiaire typique ; d'autres éléments existent sur le corps ainsi qu'une atrophie lisse du bord de la langue.

Le malade présente en outre un myosis double et une paralysie de l'abducteur droit. Il a présenté de la diplopie. Il existe des paresthésies, la sensibilité thoracique est diminuée, l'état des reflexes rotuliens varie suivant le jour où on les examine. Il existe des symptômes ataxiques variables. Peut-être certains symptômes doivent-ils être rattachés à l'alcoolisme. Cependant la présence d'une paralysie oculaire démontre l'existence de troubles nerveux centraux. Je pense qu'il existe également des lésions spécifiques des ganglions rachidiens amenant des troubles trophiques de la peau. L'absence de douleurs, qui s'observe d'une manière si commune dans le zona, est due au développement lent des lésions.

BLASCHKO se demande si des lésions de zona n'ont pas précédé le développement de la syphilis. LESSER remarque qu'un zona double est possible mais extrêmement rare. BLASCHKO rappelle que le zona symptomatique est souvent double ; peut-être existe-t-il dans le cas de HELLER une méningite syphilitique circonscrite.

ANALYSES

E. BODIN. *Sur la botryomycose humaine.* Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. Août 1902.

Le premier cas de Bodin concerne une femme de 27 ans, qui se piqua la main avec un épi de blé : à la suite survint un bouton à la face dorsale et à la

base du pouce droit. Au bout d'un mois, la tumeur, d'abord stationnaire, subit un accroissement rapide suivi d'ulcération. Elle avait alors le volume d'une noisette, une forme arrondie, une surface irrégulièrement mamelonnée et crevassée, cachée par une couche de pus. A l'insertion de la peau, sillon circulaire profond, limitant un pédicule court, servant de base d'insertion à la tumeur. Les lésions sont indolentes, il n'y a pas d'adénopathie. La guérison fut obtenue par l'ablation simple aux ciseaux.

Le deuxième cas concerne une femme de 49 ans qui présenta au milieu de la face palmaire de la première phalange du médius droit, une saillie arrondie, couverte d'une peau rouge, mince, non ulcérée. Accroissement assez rapide.

Au bout d'un mois, on vit une masse arrondie, du volume d'une noisette, gris rosé, ulcérée, légèrement mamelonnée, secrétant du pus. Il fallait exercer des tractions sur la tumeur pour voir un pédicule limité par un sillon annulaire. La consistance était celle de bourgeons charnus. Les lésions étaient indolentes au palper, mais il existait parfois des élancements douloureux nocturnes ; il n'y avait pas d'adénopathie ; guérison par l'ablation simple.

L'examen histologique mérite d'être rapporté en détail, car il montra des lésions caractéristiques. On constata un tissu conjonctif jeune, contenant de larges vaisseaux sanguins, ayant presque tous la structure de capillaires. On trouvait en outre quelques mastzellen. Les lésions ont leur point de départ dans le derme normal. Leur surface est modifiée par l'infection secondaire, infiltrée de globules blancs et d'éléments nécrosés.

Bactériologie. — Bodin n'a pas vu de « botryomyces », mais seulement des cocci d'aspect banal, occupant les couches superficielles.

Par la culture, on trouve des staphylocoques ayant tous les caractères du staphylocoque doré ; les accidents causés chez le lapin par l'inoculation intraveineuse, sont également identiques à ceux que provoque le staphylocoque.

Bodin déclare que le diagnostic établi par lui chez ses malades ne peut donner lieu à aucune contestation ; les caractères cliniques qu'il a observés sont exactement ceux qu'ont décrits Poncet et Dor, Chambon, Legrain, etc. Ceci dit, il aborde la discussion du problème le plus intéressant qui concerne cette maladie. Pour les uns, il s'agit d'une maladie spécifique due à un botryocoque, pour les autres, elle est liée au staphylocoque doré, parasite essentiellement banal. Poncet et Dor croient à la spécificité du botryocoque, semblable au parasite qui cause le *champignon de castration* du cheval. Kitt et Jong admettent du reste que le parasite de cette affection du cheval se confond avec le staphylocoque. Bodin a cherché dans son travail à résoudre la question.

Suivant Dor, les lésions botryomycosiques présentent une spécificité au point de vue anatomique ; on y trouve des lésions liées à la prolifération, à l'hypertrophie et à l'altération des glandes sudoripares. Sabrazès, Brault et Bodin, n'ont pas retrouvé ces lésions, et dans les cas de Bodin, les cavités multiples rencontrées dans les tumeurs sont dues à des vaisseaux sanguins.

Sur les coupes on peut trouver des cocci irrégulièrement distribués, des amas mûriformes, colorés par le Gram, dont la description est du reste assez vague. Certains auteurs les ont considérés comme des *botryomyces*. Mais il ne sont pas constants, Bodin ne les a pas vus de son côté. Récemment Poncet

et Dor ont admis, sur l'avis de Renaut, que ces amas sont dus à des phénomènes de dégénérescence épithéliale du type de la pycnose.

Dans les cultures, les caractères du botryocoque sont ceux du staphylocoque ; les auteurs qui ont admis des différences n'ont pas établi de caractères distinctifs bien précis. La manière dont le parasite pousse sur gélatine n'a rien de constant et est due, dit Bodin, simplement à la quantité de semence et à la consistance de la gélatine.

Les cultures du botryocoque sur gélose, chromogènes à 20° et d'une belle couleur jaune, perdent leur pouvoir chromogène à 37°, et ne peuvent le reprendre si on les reporte à 20°. Bodin a observé le même fait, mais des faits semblables s'observent dans toute la série des staphylocoques et somme toute, il conclut que le botryocoque est identique au staphylocoque doré.

Les partisans de la spécificité de la botryomycose se fondent sur les résultats de l'inoculation au cheval, qui détermine en deux ou trois mois, après des phénomènes initiaux de suppuration, la formation, de nodules indurés. Mais il s'agit uniquement de bourgeons charnus, et du reste le staphylocoque doré qui en produit chez l'homme peut sans doute, dans certaines conditions, en produire chez le cheval.

Bodin conclut « que les néoplasies botryomycosiques humaines ne sont en somme, que des bourgeons charnus, nés sous l'influence du staphylocoque doré et dont l'allure clinique spéciale et la forme pédiculée sont probablement dues aux particularités de structure anatomique de la région où ils se développent ».

Bernard Marcuse. *Sur le lichen simplex chronique*, Archiv für Dermatologie und Syphylis, 1901, Bd. 57, p. 381.

L'auteur, dans cette étude pathologique et histologique, rappelle que le lichen simplex chronique constitue une entité morbide pour Brocq. Kaposi l'a rapporté à l'eczéma chronique, Vidal, Tommassoli au lichen plan, Touton au prurigo.

La maladie a été connue par Cazenave, Chausit qui l'ont classée dans les lichens. Hebra et Wilson, en créant le lichen ruber et le lichen plan ont détruit l'ancien groupe des lichens. Malgré ses efforts, Vidal ne réussit pas à éclaircir et à simplifier la conception du lichen.

Brocq et Jacquet décrivent comme lésions typiques des lésions très prurigineuses, sèches, bien limitées, épaisses, pigmentées, plus ou moins régulièrement plissées à leur surface, parfois légèrement squameuses ; les plaques sont dues à la confluence des nodules isolés. Autour de la plaque on trouve ces nodules ; les plis cutanés sont un peu exagérés ; la peau est d'un brun rougeâtre clair, « café au lait ». Enfin existe une zone hyperpigmentée, périphérique. Le type complet est rare. Il n'est jamais nécessaire au diagnostic d'observer les trois zones.

Les papules sont indépendantes des follicules pileux. Elles diffèrent de celles du lichen plan par l'absence de couleur rouge jaunâtre, la tension moindre, la limitation moins nette, l'absence d'état brillant.

Sièges de prédilection : le cou, les aisselles, les aines, les cuisses et les jambes, la marge de l'anus, les poignets et la face antérieure de l'avant-bras, les aisselles, le creux du jarret, la paume des mains et paume des pieds, la région lombaire, enfin le cuir chevelu.

Il faut également signaler la région du coude. La maladie est essentiellement rècidivante, sur les points déjà pris ou sur des nouveaux.

Brocq et Jacquet ont observé chez leurs malades l'état nerveux, l'hystérie, la neurasthénie, des toux nerveuses, l'asthme, des bronchites. Quelquefois le début est consécutif à de vives préoccupations morales. Les plaques peuvent alterner entre elles sur divers points du corps, et alterner avec des troubles nerveux ou viscéraux. Parfois le prurit précède le développement des plaques. Aussi Brocq et Jacquet concluent ils à l'origine nerveuse. Ils admettent le prurit comme primitif et la « lichénification » comme secondaire au grattage. Brocq donne maintenant à la maladie le nom de « névrodermite chronique circonscrite ».

L'auteur combat cette théorie.

La priorité du prurit a été signalée par Brocq en particulier dans un cas où à la suite de prurit limité, survint une plaque de lichen simplex en quatre semaines. En général, l'anamnèse permet d'établir le même fait. Cependant avant de conclure que « le prurit fait l'éruption », il faut se rappeler que la lichénification ne se produit cependant pas chez tous les prurigineux, aussi Brocq et Jacquet admettent-ils une prédisposition, des trouble trophiques et vasomoteurs, impossibles à mettre en évidence.

Brocq admet que le pansement au moyen d'emplâtres amène la guérison en empêchant le prurit. Mais Marcuse pense que l'emplâtre agit sur les lésions et modifie par là même le prurit. La lichénification ne peut s'expliquer par celui-ci, et s'il précéde le développement des lésions, il n'y a là rien d'extraordinaire ; il en est de même dans des maladies infectieuses; les symptômes généraux précédent la fièvre et l'éruption. Les phénomènes nerveux qui précédent le lichen simplex sont ils la cause ou la conséquence du prurit ? Il est impossible de le déterminer. Il y a du reste de nombreux cas de lichen simplex sans signes de nervosisme, en donnant même à ce mot le sens étendu que lui donnent Brocq et Jacquet.

La distribution de l'éruption dans le sens des nerfs périphériques ou des lignes de Voigt, n'a rien de constant, loin de là. Brocq et Jacquet ont constaté, dans un cas examiné au point de vue histologique, l'épaississement du périnévre, cette lésion paraît être purement et simplement secondaire. La symétrie est fréquente dans les affections cutanées, et manque dans une maladie attribuée généralement au système nerveux, le zona (1).

La combinaison avec des troubles bronchiques et l'asthme appartient à des dermatoses très variées, à l'eczéma typique, au prurit simple (Rosenthal). La dépression nerveuse précédant les symptômes a été observée dans d'autres

(1) Cf. Leredde. *Le rôle du système nerveux dans les dermatoses* (*Arch. gén. de Méd.*, 1898). « Souvent on fait remarquer la symétrie des lésions, chez un malade atteint d'une affection cutanée et l'on donne cet argument, en faveur de l'origine nerveuse de l'affection ; mais en fait, toute dermatose généralisée tend à la symétrie.... Nous rappellerons seulement, après M. Besnier que la plus symétrique des maladies de peau est certainement la gale.... Et la dermatose dont l'origine nerveuse paraît la plus certaine est le zona, maladie asymétrique et unilatérale »

dermatoses. Aussi n'y a-t-il aucune raison d'adopter le nom de névrodermite. proposé par Brocq, tout en rendant hommage à la valeur de ses travaux sur le sujet, et de la description donnée par lui du lichen simplex.

Il est difficile de savoir exactement ce que Brocq entend sous le nom de névrodermite chronique universelle. On y observe surtout des papules isolées, les plaques sont peu nombreuses et souvent rudimentaires. Parfois le prurit précède les autres symptômes, enfin Brocq admet l'étiologie nerveuse, comme pour le lichen circonscrit sans qu'elle soit mieux démontrée.

Touton a adopté sur la question du lichen simplex circonscrit les idées de Brocq et Jacquet. Il distingue la maladie du prurigo de Hebra. Dans un cas, il a observé le trajet des lésions suivant les lignes de Voigt, mais le diagnostic a été contesté par Jadassohn et Galewsky.

Il existe des cas où la confusion est extrêmement facile, entre le lichen ruber et le lichen circonscrit. L'association est même possible (Jadassohn, v. Düring), Nelander a constaté chez un même sujet, le lichen simplex, le lichen ruber plan et le vitiligo.

Il est très difficile de séparer complètement la maladie de l'eczéma, au point de vue théorique et pratique. Kaposi, la range dans l'eczéma. Du reste Hebra a déjà dit « en 1844 », que le grattage, et toutes les formes du prurit qui le provoquent peuvent provoquer l'eczéma. Neisser fait du lichen simplex chronique, et du lichen polymorphe de Vidal un genre du groupe eczéma. Mais Vidal, Brocq et Jacquet protestent parce qu'il n'y a ni vésicules ni suintement, malgré le siège fréquent dans des régions où le suintement est des plus faciles.

On sait que Kaposi insiste sur la polymorphie de l'eczéma ; les nodules et les papules, au contraire de ce qu'on observe dans le lichen scrofulosorum et le lichen ruber, évoluent vers la vésiculation qui représente l'acmé du processus, d'une manière rapide. Ce phénomène n'appartient pas au lichen simplex chronique.

Neisser se rallie à ce qu'il y a d'essentiel dans les théories de Hebra et de Kaposi et fait de l'eczéma un « catarrhe desquamatif humide », et n'admet comme eczémas chroniques que ceux où .es phénomènes eczémateux superficiels l'emportent sur l'infiltration pachydermique et l'hyperplasie du tissu conjonctlf, essentiels dans les formes circonscrites du lichen simple chronique.

Lesser admet le lichen simplex chronique ; il fait de l'eczéma une inflammation de la peau qui aboutit à une desquamation intense, et décrit des eczémas chroniques qui persistent au stade squameux, sous formes de petits foyers irréguliers isolés en général. Cette définition ne peut s'appliquer au lichen simplex chronique, où la desquamation n'est pas intense.

Jarisch place également le lichen simplex chronique en dehors de l'eczéma. Il admet l'origine parasitaire en se fondant sur l'action utile de l'acide pyrogallique, mais cet argument ne peut être démonstratif, ce corps n'ayant pas seulement une action antiparasitaire.

Wolf admet l'existence du lichen simplex chronique et considère l'étiologie nerveuse comme sujette à caution.

Bref, les phénomènes objectifs suffisent à établir la différenciation entre le lichen simplex chronique et l'eczéma.

Le diagnostic devient épineux lorsque les lésions du lichen se compliquent d'altérations eczématiformes, grâce au grattage et aux infections qu'il provoque. Parfois l'antériorité d'un lichen simplex chronique est difficile à reconnaitre.

L'auteur rapporte ensuite quelques observations typiques. Dans deux cas, l'un de lichen simplex circonscrit, l'autre de lichen simplex chronique universel, il eut l'occasion de faire l'examen histologique. Il rapporte les résultats déjà obtenus. Brocq et Jacquet ont constaté au niveau des papules une hyperplasie des papilles, associée à la présence d'amas considérables de cellules lymphoïdes, qu'on trouve également autour des vaisseaux et des follicules pileux. Ils signalent l'épaississement d'un faisceau nerveux, l'hypertrophie des cônes interpapillaires, l'épaississement du corps muqueux, avec infiltration de cellules rondes, l'altération cavitaire.

D'après les recherches de Marcuse, les papules sont très différentes par leurs dimensions, par leur limitation, par leurs rapports avec les follicules pileux ; tantôt elles se développent autour de ceux-ci, et tantôt sont indépendantes. La formation des papules est surtout le résultat de l'hypertrophie de l'épiderme. Il existe des amas cellulaires surtout dans la région sous papillaire, ils n'offrent rien de particulier. Les vaisseaux sanguins, les glandes de tout ordre sont normaux. Les fibres élastiques diminuent un peu dans les papilles. Dans un cas il existait du pigment dans le derme. Le nombre des mastzellen est modéré. Augmentation des karyokinèses dans la couche basale avec hyperpigmentation ; mitoses en plein corps muqueux. En outre, il existe une augmentation de volume importante des cellules de celui-ci. La pénétration des cellules rondes dans l'épiderme est modérée. Il n'y a pas de vacuoles. Epaississement de la couche granuleuse et de la couche cornée, où l'on trouve des régions pourvues de noyaux. La dernière peut former des amas parfois assez importants, assez analogues à ce qu'on a décrit dans divers cas de lichen ruber.

Au point de vue thérapeutique, il recommande les préparations salicylées, cadiques, emplâtres et pâtes salicylés, badigeonnages à l'huile de cade. On peut même employer l'acide pyrogallique. Dans les formes diffuses il faut recourir aux antiprurigineux, en particulier à la pâte sublimée et phéniquée d'Unna et, d'autre part, aux injections d'arsenic.

E. L.

Nous attirons l'attention sur ce travail, qui concerne une affection fréquente, mais encore peu connue des médecins. Il démontre qu'il se fait en Allemagne depuis peu une réaction contre l'extension exagérée du rôle du système nerveux dans les dermatoses, extension contre laquelle j'ai protesté il y a plusieurs années déjà (Leredde).

VIETOWIEYSKI et KOPITOWSKI. — *Contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique de la peau, dans le Pityriasis rubra de Hebra* Archiv für Dermatologie uud Syphylis, 1901. Bd. 57, p. 33.

Les auteurs comprennent sous la dénomination de pityriasis rubra de Hebra une dermatose caractérisée par un érythème très vif, avec peau épaissie,

tendue, comme tuméfiée, sans infiltration en foyers et par une desquamation abondante de l'épiderme, sans qu'il existe ni vésicules, ni surfaces suintantes. Les phénomènes généraux consistent en une sensation continuelle de froid et un prurit plus ou moins violent.

Enfin, quand la maladie est plus ancienne, la peau se pigmente assez fortement, en même temps qu'elle se sèche, se rétracte, devient trop étroite pour les surfaces à recouvrir. Il survient une alopécie totale et la terminaison fatale est la règle, suite de complications telles que tuberculose ou pneumonie.

L'observation de V, et K. porte sur un sujet de 65 ans, exposé au froid par sa profession.

Début de la maladie depuis deux ans par du prurit, suivi bientôt de l'apparition de taches rouges, qui se mirent à desquamer. Envahissement progressif et continu, en même temps qu'apparaissait la sensation de froid persistant. Soigné d'abord pour un eczéma généralisé, puis pour la gale (?), le malade perdit bientôt cheveux et poils et vit ses forces baisser rapidement, en même temps que sa peau lui semblait devenue trop étroite pour son corps. C'est à ce moment que les auteurs le virent. La peau offrait une rougeur diffuse ; elle était tapissée d'une masse d'écailles fines, semblables à du son. Sous ces exfoliations, le tégument apparaissait très rouge, couvert d'un épiderme délicat. La peau était en outre très sèche et fissurée par places. Les ganglions lymphatiques étaient partout très volumineux. L'auscultation ne révélait qu'un peu d'emphysème. Le malade s'affaiblit rapidement et mourut. A l'autopsie : pneumonie fibrineuse droite, endocardite fibreuse et œdème des méninges.

La peau avait été étudiée du vivant du malade et le fut encore après sa mort.

Voici le résultat de ces examens : épiderme présentant de la parakératose d'une façon irrégulière ; disposition spéciale de la kératohyaline se présentant en grains rares, de gros volume, irrégulièrement distribués ; couche de Malpighi épaissie, contenant des mononucléaires et de nombreux grains de pigment. Dans le derme, foyers phlegmasiques au niveau des papilles ; vaisseaux dilatés, bourrés de globules, avec endothélium gonflé. Infiltration composée de mononucléaires. Dans le derme profond, infiltration périvasculaire, péripilaire et périglandulaire, formée de cellules épithélioïdes, de leucocytes et de *cellules géantes*. La présence de ces cellules géantes est particulièrement intéressante quand on se rappelle les travaux de Jadassohn, qui avait déjà observé dans deux cas de pityriasis rubra des cellules géantes et des bacilles de Koch dans les ganglions.

Mais contrairement à l'opinion de Jadassohn qui rattachait le pityriasis rubra à la tuberculose cutanée, les auteurs pensent que cette affection ne présente aucun rapport avec la tuberculose. En effet l'inoculation intrapéritonéale au cobaye de fragments cutanés et la recherche du bacille tuberculeux sont restées négatives. Pour V. et K. l'affection est due à un diplocoque qu'ils ont trouvé en abondance dans le derme et sur la nature duquel ils ne donnent d'autres renseignements que sa facilité à prendre le Gram et à cultiver sur agar. L'inoculation de cultures pures de ce diplocoque est restée négative.

Le travail très complet des deux dermatologistes polonais n'entraîne pas la conviction que le pityriasis rubra n'ait rien à voir avec la tuber-

culose. Sans doute la recherche du bacille de Koch et l'inoculation du cobaye sont restées négatives, mais nous savons aujourd'hui que ce n'est pas une raison suffisante pour repousser l'hypothèse tuberculeuse.

J. C.

E. G. Little. *Lupus vaccinal.* The British Journal of Dermatology, Mars 1901, p. 81.

L'observation concerne une petite fille vaccinée à l'âge de 4 mois par le vaccinateur public du district. L'opération fut faite sur quatre points du bras gauche ; deux ne se cicatrisèrent pas, et au bout de six semaines apparurent des nodules. Pas de tuberculose dans la famille.

L'enfant, à l'âge de huit ans, présentait sur les bras un large placard de lupus vulgaire, à surface fissurée, largement squameuse et vascularisée. Les ganglions de l'aisselle sont modérément volumineux et durs. L'enfant a de fréquentes bronchites, mais aucun signe typique de tuberculose.

Ce lupus guérit complètement à la suite de l'ablation chirurgicale. L'inoculation des fragments provoqua la tuberculose d'un cobaye.

Besnier attribue le lupus vaccinal, soit au vaccin, soit au vaccinateur, soit à une inoculation consécutive à la vaccination. Il est du reste difficile de fixer le temps nécessaire au développement d'une tuberculose locale à la suite de l'infection de la peau. La tuberculose secondaire à la circoncision, due comme on le sait à la section rituelle du prépuce par le rabbin apparaît 15, 20 jours (Bernhardt), 4 à 5 semaines (Kaltzoff), six semaines (Eve), après l'inoculation. Dans les cas de Dubreuilh et Auché, la période d'incubation varia de 12 jours à 6 semaines. Chez un phtisique qui se tatoua et mouilla les plaies avec sa salive, les nodules tuberculeux parurent au bout de 15 jours (Tournier).

La contamination tuberculeuse par la lymphe vaccinale a fait l'objet de nombreuses discussions. On a souvent vacciné des phtisiques sans trouver jamais de bacilles dans le vaccin. La question n'a jamais été résolue directement.

Le lupus occupe très rarement la région où se fait la vaccination, et souvent il ne peut être attribué à celle-ci. L'auteur a cependant rassemblé quelques observations de lupus certainement vaccinal, une de Hutchinson, une de Besnier, une plus récente rapportée à la Commission royale de vaccination en 1896, dans laquelle le lupus se développa au niveau d'une des incisions vaccinales.

Dans un cas de Kayser, il existait un lupus du bras au niveau des régions vaccinées et un lupus de l'oreille, mais l'enfant ayant l'habitude de dormir la tète appuyée sur le bras, il était possible que l'oreille eût été le point de départ.

Colcott Fox a communiqué à l'auteur une série de cas de lupus vaccinal. Dans l'un d'eux, le lupus se développa sur le bras à la suite de la vaccination ; dans la suite apparurent des lésions multiples de tuberculose cutanée. Dans un second, il s'agissait d'un enfant de 15 mois, qui fut vacciné en cinq endroits à l'âge de trois mois. Une des inoculations fut le point de départ d'un lupus vul-

gaire. Plus tard apparurent une lésion tuberculeuse de la cuisse, puis sur les jambes des gourmes et des abcès froids. Les lésions furent ruginées ou excisées et l'enfant se porta bien dans la suite. Le troisième cas concerne un enfant d'un an, présentant des abcès froids de la peau et du lupus au niveau des cicatrices vaccinales. Le lupus se développa à la suite de la vaccination, puis apparut une gomme tuberculeuse sur le bras, dans le voisinage; plus tard il en survint au niveau des orteils et des genoux. Le vaccinateur chercha avec un soin extrême l'origine de ce lupus, sans le trouver. Le vaccin avait été fourni par un enfant en parfaite santé ; d'autres enfants vaccinés par la même lymphe furent trouvés également bien portants.

Formulaire Thérapeutique

VIII. — **Les bâtons de pommade.**

—

Il est un dernier mode de présenter à la peau les médicaments incorporés à des substances grasses : ce sont les *bâtons de pommade*, faits sur le type du bâton de rouge pour les lèvres. Ils rendent de grands services dans le traitement de dermatoses qui ne sont pas suffisamment graves pour obliger le malade à garder la chambre et qui cependant seront heureusement modifiées par l'application, renouvelée à différents moments de la journée, d'un agent médicamenteux que le malade peut facilement porter sur lui. C'est ainsi que dans le traitement d'un sycosis, d'une acné, peu étendue, les bâtons de pommade seront des plus utiles ; ils peuvent permettre au malade de guérir promptement et agréablement, en vaquant à ses occupations, sans pommade, sans enduit visible le jour. On peut d'ailleurs, et c'est la méthode de choix, combiner l'application d'une pommade active pendant la nuit, avec l'emploi d'un bâton de pommade pendant le jour.

Pour ce traitement ambulatoire, Darier recommande l'emploi des pommades contenues dans des tubes métalliques malléables, analogues à ceux dont se servent les peintres pour leurs couleurs. Le malade peut ainsi porter son médicament dans sa poche sans qu'il se salisse ou s'infecte. Mais encore faut-il que la pommade soit trés fluide pour sortir facilement par l'étroit orifice du tube.

Les bâtons de pommade se font suivant 2 types de formules, l'une due à Unna et Leistikow, l'autre à Audry.

La formule d'Unna et Leistikow est un mélange d'adeps lanœ et de cire dans la proportion de 66 à 34. Le mélange est fondu, coulé dans des tubes de verre maintenus dans l'eau chaude, puis après refroidissement, découpé en petits morceaux et enveloppé de papier d'étain.

On peut incorporer au mélange à peu près toutes les substances médicamenteuses.

Donnons en exemple quelques formules empruntées à Leistikow :

Chrysarobine...... 30 gr.
Cire.............. 20 gr.
Adeps lanœ ...... 50 gr.
(*Bâton de pommade à la chrysarobine*).

Soufre .... 10 gr.
Cire .... 30 gr.
Adeps lanœ....... 60 gr.
(*Bâton de pommade soufrée*).

Oxyde de zinc..... 20 gr.
Cire .... 25 gr.
Adeps lanœ....... 55 gr.
(*Bâton de pommade de zinc*).

Les crayons de pommade d'Audry ont la formule générale suivante :

Beurre de cacao ... 70 gr.
Paraffine .... 10 gr.
Huile d'olive...... 10 gr.
Médicament actif de 2,50 à 15.

On prescrira, par exemple :

Résorcine......... 15 gr.
Beurre de cacao... 60 gr.
Paraffine .... 10 gr.
Huile d'olives..... 15 gr.
(*Bâton de pommade à la résorcine*).
(Audry).

Sublimé.......... 2 gr. 50
Beurre de cacao... 80 gr.
Paraffine .... 15 gr.
Huile d'olives..... 2 gr. 50
(*Bâton de pommade au sublimé*).
(Audry).

Lorsque les bâtons de pommade sont bien préparés, ils ont une consistance ferme, mais sont onctueux au toucher et doivent s'écraser facilement sur la peau.

* * *

Citons avant de terminer cette étude des bâtons de pommade, les crayons à l'alcool et les crayons résineux pour l'épilation de Unna.

Les crayons à l'alcool. (Unna. Monatshefte f. prakt. Dermat., 1900, Bd. 31, N° 11) reposent au point de vue expérimental sur des recherches de Unna, qui lui ont montré que l'alcool permet de tuer les coci et qu'il est excellent contre les maladies parasitaires de la peau sous forme de stérilisation discontinue de celle-ci.

La formule à laquelle s'est arrêté Unna est la suivante :

Stéarate de soude.. 6 gr.
Glycérine......... 2 gr. 50
Alcool. q.s. pour faire 100.

pour un crayon à couler dans un tube d'étain.

On pourrait à la rigueur augmenter l'effet du crayon à l'alcool en y incorporant des médicaments solubles dans l'alcool : résorcine, acide benzoïque, sublimé, mais l'alcool pur jouit d'un pouvoir stérilisant remarquable.

Lorsqu'on passe le crayon à l'alcool sur la peau, il laisse sur celle-ci un fin vernis savonneux d'alcool invisible.

Il convient particulièrement au traitement de jour des impétigos superficiels, des sycosis, des acnés pustuleuses.

Les crayons résineux pour l'épilation (Unna), Monatshefte f. prakt. Dermat., 1898, Bd. XXVI) sont des crayons de colophane contenant 10 p. 100 de cire jaune. On les chauffe à la flamme comme un bâton de cire à cacheter, on applique sur la peau et dès que le crayon est refroidi on tire d'un coup sec, les racines des poils restent adhérentes à l'extrémité du crayon.

Ce mode d'épilation est rapide et, déclare Unna, moins douloureux que la pince à épiler. Unna le recommande pour l'épilation de districts circonscrits de la peau : dans le favus, le sycosis, les nœvi pilaires.

L. Pautrier.

Le Mans.—Imprimerie de l'Institut international de Bibliographie de Paris.—VIII-1902, n° 1406.

PROGRAMME

DES

COURS DE VACANCES

FAITS

à *l'Hôtel des Sociétés Savantes*

DU 6 AU 25 OCTOBRE 1902

Ophtalmologie.

Dr ROCHON-DUVIGNEAUD

Examen de l'œil. Pratique de l'ophtalmoscope (avec malades).
Diagnostic pratique de la réfraction et choix des verres.
Examen de l'acuité visuelle et du champ visuel.
Pansements, topiques, lavages, collyres, etc...
Cas d'urgence : blessures de l'œil, corps étrangers, conjonctivites graves, kératites, iridocyclite et glaucome.
Petite chirurgie de l'œil : voies lacrymales, chirurgie des paupières.

N. B. — *Chaque élève est prié de se munir autant que possible d'un ophtalmoscope.*

Oto-Rhino-Laryngologie.

Drs LAURENS ET BOULAY

1° *Méthode d'examen des trois organes, oreille, nez, pharyngo-larynx* :

1° Sur des sujets sains ;
2° Sur des malades. Exercices otoscopiques, rhinologiques et laryngologiques, avec présentation des cas cliniques les plus fréquents.

2° *Notions de thérapeutique médicale pratique* :

Par exemple, traitement raisonné d'une otorrhée, d'une rhinite chronique, des différentes formes de pharyngites et de laryngites.

3° *Notions de thérapeutique chirurgicale pratique et urgente* :

Ouverture du tympan, de l'apophyse mastoïde, ablation des amygdales, des tumeurs adénoïdes, etc....

N. B. — *Chaque élève est prié de se munir d'un miroir frontal, de deux spéculums d'oreille, d'un spéculum du nez et d'un miroir laryngien.*

Maladies de l'Estomac.

Dr SOUPAULT.

1° Données générales sur l'anatomie de l'estomac : forme, situation, position. Moyens de s'en rendre compte.
Altérations anatomiques. Etude des organes abdominaux ;
2° Physiologie de l'estomac. La sensibilité, les mouvements, la sécrétion. Le cathétérisme au point de vue du diagnostic :
3° Séméiologie gastrique. Interrogatoire d'un malade : Etude rapide des principaux symptômes, déglutition, appétit, douleurs, vomissements, éructations, hématémèses :
4° Troubles de la sécrétion, hypo, hyperchlorhydrie ;
5° Troubles de la motilité. Atonie, stase, dilatation atonique, ptoses, sténoses du pylore ;
6° Gastrites. Ce qu'il faut entendre par gastrites. Gastrite et dyspepsie. Quelques notions sommaires sur l'anatomie pathologique. Etude clinique des gastrites ;
7° L'ulcère de l'estomac : symptômes, diagnostic, complications; traitement médical et chirurgical ;
8° Le cancer de l'estomac : symptômes, diagnostic, complications traitement médical et chirurgical ;
9° Dyspepsies.
Dyspepsies nerveuses, dyspepsies réflexes, conséquence des dyspepsies au point de vue de l'état général.

Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Dr LEREDDE

Méthodes générales. Méthode aseptique et antiseptique.
Impetigo. Folliculites. Sycosis. Furoncle. Chancre mou.
Méthode antiphlogistique, Eczémas aigus. Dermatites artificielles.
Méthode kératolytique. Cor, verrues, psoriasis, hyperkératoses, etc.
Méthode exfoliante. Acnés, Lichen simplex, etc.
Méthode réductrice. Psoriasis, lichen, eczémas chroniques, séborrhéides, etc..,
Méthode destructrice, cautérisation, curetage, électrolyse.
Méthode sclérogène. Scarifications, photothérapie, radiothérapie.
Traitement des épithéliomes, du lupus tuberculeux, du lupus érythémateux, etc...
Traitement interne dans les maladies de la peau. Eaux minérales
Traitement des maladies du cuir chevelu.
Traitement de la syphilis. Traitement mercuriel. Traitement iodopotassique. Traitement des accidents primaires, secondaires, tertiaires.
Traitement des affections dites parasyphilitiques.

Chirurgie pratique.

Dr SOULIGOUX

Traitement des plaies. Plaies simples.
Plaies compliquées : ligature des artères, suture des nerfs, suture des muscles, suture des tendons.

Plaies articulaires.
Traitement des lymphangites, adénites, phlegmons, gangrènes.
Traitement des hernies étranglées.
Réduction des différentes luxations.
Fracture des membres et application des différents appareils.

Massage.

Dr MARCHAIS

De la nécessité pour les médecins de faire du massage. Généralités, indications et contre-indications, technique.
Le massage des fractures récentes. Pourquoi, quand et comment il faut masser les fractures de la clavicule, de l'épaule, du coude, du radius, du col du fémur, de la région du genou, en particulier de la rotule, de la jambe, du péroné.
Les traumatismes articulaires : contusions, luxations, entorses ; épanchements articulaires : hydarthrose et hémarthrose.
Arthrites et périarthrites. Des ankyloses. Arthrites aiguës et chroniques.
Synovites.
Affections du système vasculaire : varices, phlébites.
Les scolioses : leur traitement par le massage et la gymnastique.
Les pieds bots.
Le massage en gynécologie.
Affections du tube digestif : constipation, entérite chronique, atonie gastro-intestinale. A ce propos, du rein flottant.
Du massage dans les suites du rhumatisme articulaire aigu, dans certaines formes de rhumatismes chroniques.
Affections du système nerveux : neurasthénie, névralgies, amyotrophies.
Le massage dans les cardiopathies.

Thérapeutique des maladies des Voies urinaires.

Dr NOGUÈS

Les instruments employés en urologie et la manière de s'en servir.
Classification des uréthrites : la blennorrhagie ; technique des lavages urétro-vésicaux.
Traitement abortif. Critérium de la guérison blennorrhagie et mariage.
De la goutte militaire. Complications des uréthrites.
Exploration de l'urèthre, technique du cathétérisme. Corps étrangers, calculs, traumatismes uréthraux.
Traitement des rétrécissements et de leurs complications.
Traitement des prostatiques.
Thérapeutique intravésicale ; corps étrangers, cystites chroniques, tuberculeuse, calculeuse.
Les opérations d'urgence sur la vessie et sur le rein.

Art de formuler.

Dr JOANIN

Généralités. Potions, sirops, pilules, loochs.
Préparations officinales.
Préparations opiacées, mercurielles, purgatives.
Préparations hypnotiques, antithermiques, anthelmintiques, etc.
Préparations magistrales. Moyens d'établir une ordonnance.
Prescriptions spéciales. Les incompatibilités.

Maladies Mentales.

Dr A. MARIE

La paralysie générale au point de vue clinique.
L'alcoolisme et les délires toxiques en général.
Les démences.
Les débilités congénitales.
La dégénérescence héréditaire et les délires de persécution.
La mélancolie.
La manie.

Electricité médicale.

Dr ZIMMERN

Aperçu général de l'électrothérapie. Principes et appareils. Courant faradique. Courant galvanique.
Application de l'électricité aux maladies du système nerveux. Utilité de l'électrodiagnostic.
Applications usuelles de l'électricité.
Hémiplégie et paralysies organiques.
Paralysie infantile. Polynévrites alcoolique, diphtérique, etc. Névrites professionnelles.
Paralysie faciale. Paralysie radiale. Paralysie saturnine. Névralgies diverses. Sciatique. Névralgie du trijumeau. Goitre exophtalmique.
Applications aux maladies des muscles, des articulations, de la nutrition. Atrophies musculaires. Arthrites diverses. Rhumatismes. Lumbago
Applications aux maladies du tube digestif et des voies génito-urinaires. Maladies de l'estomac. Entérite muco-membraneuse, constipation. Occlusion intestinale. Lavements électriques. Incontinence d'urine. Rétrécissements l'urètre.
Applications à la dermatologie et à la gynécologie. Traitement des angiomes, des naevi, de la couperose, etc.. Névralgies pelviennes. Salpingites chroniques. Hémorragies utérines.
Métrites.
Les accidents de l'électricité industrielle. Prophylaxie. Premiers secours.

Gynécologie.

Dr JAYLE.

Interrogatoire de la malade. — Examen physique ; toucher, palper, toucher et palper combinés, examen au spéculum. Hystéromètre. Les diverses positions d'examen gynécologique. Du choix d'un spéculum, d'une table d'examen. Du choix des instruments nécessaires à la petite gynécologie. Les pansements vaginaux. Des applications topiques sur l'abdomen. Règles du traitement médical en gynécologie.

N. B. — *Ce dernier cours sera fait à la Clinique Gynécologique de la Faculté* (Professeur Pozzi), *hôpital Broca. — Le maximum des élèves est fixé à 10.*

Pour tous renseignements et les inscriptions, s'adresser au Dr Marchais, 10, rue La Bruyère, Paris, IXe.
Le nombre des leçons, pour chaque cours, sera de vingt en moyenne.
Le prix de chaque cours est fixé à **20** francs. Pour le cours de Gynécologie, le prix est de **50** francs ; on devra s'inscrire à la Faculté de Médecine.

I. de B. — VIII-1902, n° 1046.

REVUE PRATIQUE
DES MALADIES CUTANÉES, SYPHILITIQUES ET VÉNÉRIENNES

L'Histoire de l'Eczéma au XIXe siècle en Angleterre.

Par **P. G. UNNA.**

(*Fin*):

La première victime de la confusion introduite par Biett et achevée par Rayer fut un médecin de la marine anglaise, Jonathan Green (1). Il donne à son chapitre de l'eczéma le titre « eczema or heat eruption ». Dans sa division en eczéma simplex, rubrum et impetiginodes, il paraît encore un pur willaniste, et il établit encore un nouvel eczéma traumatique sous le nom de « eczéma soufré ». Mais cela n'est qu'une apparence, car non seulement il a appris des Français que toutes les formes d'eczéma peuvent devenir chroniques, et que l'eczéma du cuir chevelu est une maladie très commune, mais à la fin il nous étonne, par une thèse aussi courte que mystérieuse dans laquelle il se sépare complètement de Willan et dément lui-même le titre de son chapitre. « Ces éruptions (traumatiques) dues aux emplâtres, aux rayons du soleil, etc., se distinguent de l'eczéma véritable, ou constitutionnel, par leur nature toujours transitoire et leur facile curabilité, spontanée ou thérapeutique ».

Green, on le voit, veut nous montrer qu'il a pris quelque chose du livre récemment paru de Rayer, et nous laisse supposer qu'en dehors de l'eczéma de Willan, il existe un eczéma véritable ; il estime cependant préférable, dans la description de l'eczéma, de s'en tenir encore à Willan.

Le livre, paru peu après, d'Erasmus Wilson (2), nous donne encore une mosaïque bigarrée faite de matériaux dus à Willan et à Rayer. Dans cette œuvre de jeunesse, Erasmus Wilson paraît encore très pauvre en expériences personnelles. Il est volontairement éclectique et cherche à faire un compendium pour les praticiens, tiré de Willan et Bateman, Alibert, Biett et Rayer. Cette œuvre n'est pas, comme celle de Willan et Rayer, la conclusion d'une riche expérience, d'une étude indépendante au lit des malades, mais bien la tentative d'un jeune homme hardi, destinée à l'éclairer lui-même, et à éclairer les autres

(1) Jonathan Green. A Practical Compendium of the Diseases of the Skin. Londres, 1835.
(2) Eramus Wilson. Diseases of the Skin, 1842.

dans le chaos des dermatoses. Je me suis laissé dire qu'il arrive parfois en Allemagne qu'un jeune médecin, au commencement de sa carrière et sans études et observations plus longues, publie de même un compendium destiné aux médecins et aux étudiants, qui atteint son but en devenant le manuel du praticien. Ce fut le cas du traité de Wilson.

De tels livres, messieurs, ont un revers naturel. Tandis que, à un certain point de vue, ils présentent une utilité incontestable, tandis qu'ils peuvent rendre l'objet populaire et l'auteur rapidement célèbre, ils réunissent, d'autre part, une grande quantité d'assertions associées sans critique : il est, plus tard, difficile de les extirper et cela d'autant plus que l'auteur est un littérateur plus distingué.

Ce qui rendit Erasmus Wilson, plus que d'autres auteurs, capable, dans ses jeunes années, de populariser la dermatologie pour un grand nombre, fut l'éducation qu'il avait reçue en tant que prosecteur et anatomiste. Ses premiers travaux, appréciés alors à juste titre, furent consacrés à la dissection et à l'anatomie : de même le premier travail de Hebra fut un compendium de chirurgie. Cette excellente préparation le conduisit également à faire le premier effort pour diviser les dermatoses d'après l'étude histologique du tégument et à placer, en tête de la partie pathologique, une excellente anatomie de la peau. Mais pour la conception de l'eczéma, il me semble que la manière d'agir de Wilson, sans esprit critique suffisant, fut alors des plus néfastes.

L'erreur de Rayer porte ses fruits chez Erasmus Wilson. Considérons seulement la suite de ses têtes de chapitres dans l'étude de l'eczéma. Les premiers sont : — un peu librement d'après Wilson — l'eczéma simplex, rubrum, mercuriel et impetiginodes ; puis vient un tout petit chapitre l' « eczéma chronicum », sur une page où se trouve cette remarque caractéristique que l'eczéma chronique peut venir de toutes les formes aiguës, lorsque la maladie est violente ou a été mal traitée et que cet eczéma présente seulement une forme typique. Puis viennent, dans une excellente description, les eczémas locaux étudiés d'après Rayer, comme s'ils étaient indépendants et différents de l'eczéma chronique, ainsi : les eczémas capitis, faciei, aurium, mamillarum, umbilicale.

On ne peut se représenter une synthèse moins logique et réellement plus fausse faite au moyen des fragments de l'eczéma de Willan et de celui de Rayer, mais elle se consolida précisément en raison de la faveur qui accueillit l'œuvre de Wilson.

Mais si par suite, je ne peux mettre Erasmus Wilson hors de cause, si je dois l'accuser d'avoir beaucoup contribué, dans son œuvre de jeunesse, à prolonger la confusion dans le chapitre de l'eczéma, je dois cependant déclarer d'autre part, et à haute voix, que Wilson fut précisément le premier en Angleterre à reconnaître, dans la suite,

son erreur, à définir d'une manière concise et claire dans ses leçons, l'eczéma de Rayer, et à réparer ainsi son ancienne faute.

Avec le livre de jeunesse d'Erasmus Wilson, nous arrivons à la fin de la première moitié du siècle et nous devons — pour pouvoir plus rapidement passer en revue les œuvres importantes de la seconde moitié — nous entendre sur certaines désignations qui reviendront toujours dans ce qui va suivre.

A un certain point, tous les auteurs anglais qui suivirent furent des éclectiques : mais je devrais appeler ainsi ceux-là seulement qui, dans la manière naïve montrée par le livre de jeunesse d'Erasmus Wilson, empruntent quelques matériaux à Willan et d'autres à Rayer sans chercher à les fondre pour créer une entité unique sous le nom d'eczéma.

Au sens étroit, il faut nommer seulement rayeristes ceux qui élimiminent du chapitre « Eczéma » toutes les inflammations artificielles et traumatiques et décrivent surtout la maladie chronique impetigo-porrigo-eczéma et qui, par suite, suivent la mauvaise conception de Rayer en admettant qu'elle débute par le type eczéma de Willan, au lieu de reconnaître son mode de début véritable.

Dans ce sens, il n'existe pas en Angleterre de rayeriste ; de willaniste, au sens étroit, il n'en existe plus depuis Plumbe, ni en Angleterre, ni ailleurs. Mais la plupart des auteurs, peut-on dire, sont rayerophiles ou willanophiles, chacun représentant du reste une nuance spéciale.

Au total, il est certain qu'en Angleterre comme sur le continent, surtout depuis les travaux originaux de Devergie, la willanophilie diminua au profit de la rayerophilie. En outre, l'eczéma mercuriel disparaît peu à peu des livres avec la disparition des cas redoutables de dermatite mercurielle, et l'expression employée par Willan pour cet eczéma : « eczéma rubrum » prend un sens tout-à-fait nouveau.

L' « eczéma solare » se cache derrière l'expression peu expressive, d'eczéma simplex et, quoi qu'il fût le point de départ de tout eczéma dans les temps modernes, il est conservé d'une manière pieuse, mais avec un étonnement naif comme une forme d'eczéma. Quand Neligan vient dire : « Bateman créa une certaine variété d'eczéma qu'il nomma eczéma solare », il ignore complètement que pour Bateman l' « eczéma solare » était la plus pure et la plus simple des formes d'eczéma, l'eczéma κατ'εξοχην une forme à laquelle toutes les définitions de l'eczéma devaient se conformer.

Il en est de même de l'eczéma impetiginodes dont on ne savait trop que faire de bon ! chaque auteur lui donna une place nouvelle et toujours de plus en plus modeste.

Ces remarques préliminaires nous faciliteront l'intelligence de ce qui est caractéristique chez les divers auteurs. Pour chacun en par-

ticulier, il nous suffira de laisser tomber quelques échappées de lumière.

Après Wilson le premier fut Antony Todd Thomson (1), un willanophile décidé. Il était plus que beaucoup d'autres au courant du vieux livre de Willan et Bateman, car il en publia et annota la septième édition. Chez lui, l'eczéma est encore synonyme de « Heat eruption ».

Il ne comprend pas un eczéma chronique au sens des Français, mais il s'accorde avec son temps et distingue deux formes principales d'eczéma : « l'eczéma vulgaire et l'eczéma inveteratum » Dans le premier, il unit l'eczéma solare et l'eczéma impetiginodes et dans le second l'eczéma rubrum de Willan est encore associé avec l'eczéma « impetiginodes ».

L'eczéma « inveteratum » est décrit par lui comme l'eczéma chronique de Rayer sans être divisé en types régionaux, il comprend surtout ce que nous appelons aujourd'hui l'eczéma crustosum et madidans. L'influence française se retrouve plus loin encore, dans l'étiologie. Tandis que, au point de vue clinique, il tend à simplifier et à unifier l'eczéma, il reconnaît au point de vue étiologique deux formes différentes, une externe et une interne et il dit que l'eczéma est dû à des irritations internes, d'origine constitutionnelle, et est toujours précédé d'un certain degré de fièvre.

Si nous étudions ses remarques sur quelques unes des causes, nous voyons qu'il fait dépendre l'eczéma vulgaire seulement des causes externes : influence du soleil, irritations professionnelles, emplâtres, etc, à l'exception d'une variété locale qui règne chez les travailleurs du Herefordshire et qui est due à la grande quantité de cidre qu'ils boivent.

En stricte opposition avec cet eczéma existe dans l'eczéma inveteratum une disposition nerveuse. Il est déterminé par des fautes de diététique, des troubles du foie, de l'intestin et de l'utérus et, très exceptionnellement, par l'administration de mercure. Il est étrange que dans les neuf observations de malades annexées ces causes n'aient joué aucun rôle malgré l'importance que l'auteur leur accorde, toute nouvelle en Angleterre, tandis que la thérapeutique est développée de la manière la plus circonstanciée, commençant toujours par une saignée copieuse. De cette manière un peu superficielle, Antony Todd Thomson chercha à se débarrasser de l'eczéma de Rayer et à l'assimiler à ses conceptions willaniques.

T. Moore Neligan (1850) (2) était encore willanophile de cœur. Cela est évident puisqu'il n'accepte pas la nouvelle division en eczéma aigu et chronique. Il préfère la division en eczéma simplex et rubrum et

(1) Antony Todd Thompson. A practical Treatise on Diseases affecting the Skin. Londres, 1850.

(2) T. Moore Neligan. A practical Treatise on Diseases of the Skin. Dublin, 1852.

tient pour superflue la description successive des variétés locales. Cependant il donne une telle attention aux travaux français que, par exception, il admet la description spéciale d'un eczéma faciei et d'un eczéma capitis et avoue l'eczéma comme une des maladies les plus répandues et les plus importantes. Il ose même — en décrivant l'eczéma de la tête — émettre un doute prudent sur l'ubiquité des vésicules. Il dit : « Dans la plupart des cas les vésicules sont tellement exiguës qu'on les remarque à peine ou qu'elles ne sont pas vues par les médecins, jusqu'à ce qu'elles crèvent et laissent s'écouler une grande quantité de sérum ». Il accorde également que « certains cas ont, dès le début, un caractère chronique ».

Dans l'étiologie, Neligan fait cette remarque très sensée que les eczémas de la tête et du visage chez l'enfant, surviennent aussi bien chez des scrofuleux que chez des non scrofuleux, chez les enfants vigoureux comme chez des faibles, chez les enfants bien nourris comme chez les mal nourris, et il faut penser, concluons-nous, que la constitution est en général indifférente au développement de l'eczéma. Mais d'une telle élasticité était déjà alors la conception de l'état constitutionnel que Neligan conclut tout au contraire : « Il faut admettre comme cause d'eczéma chez l'enfant, un défaut constitutionnel, sans qu'on sache bien ce qu'on doit comprendre sous ce nom. »

Cependant la question de l'eczéma en France faisait de nouveau un pas grâce à l'œuvre distinguée, claire et originale de Devergie. Devergie avait eu le premier le courage de dire, ce que tous les dermatologistes savaient plus ou moins bien, que l'eczéma de Rayer ne commence pas toujours à la façon de celui de Willan par des vésicules claires et agglomérées sur une base non enflammée et que souvent dans tout son cours on ne reconnaît aucune vésicule. Par suite, il sépara — plus logique que Rayer — l'eczéma de Rayer complètement de celui de Willan, et reconnut à l'eczéma de Rayer quatre nouveaux symptômes cutanés dont aucun n'avait été mentionné par Willan dans son eczéma : la rougeur de la peau, une démangeaison violente, une sécrétion qui colore en gris et empèse le linge et un état ponctué, c'est-à-dire de fines érosions épithéliales par lequelles le sérum fait issue et qui peuvent être vues indirectement ou rendues visibles par des applications alcalines.

Cette définition donne à Devergie non seulement la place d'un clinicien de premier ordre, mais aussi d'un penseur pénétrant et d'un logicien véritable.

Si nous omettons la formation de squames et l'épaississement épithélial, nous devons reconnaître qu'il y a cinquante ans il a décrit d'une manière parfaite notre eczéma actuel (eczéma de Rayer).

S'il n'a pas fait le dernier pas et s'il n'a pas déclaré que — en dehors des vésicules — le suintement lui-même n'était pas quelque chose

de constant, cela tenait à l'union encore trop étroite de la description de Rayer et de celle de Willan à cette époque.

Il ne découvrit pas l'existence d'un eczéma sec durant toute son évolution. Cette découverte devait être faite d'abord par Mc Call Anderson.

Cette révolution précieuse que Devergie accomplit d'une manière énergique se montra pleine de conséquences utiles dans ces deux affirmations : 1° L'eczéma, comme il le comprenait, est la plus fréquente de toutes les maladies de la peau; 2° c'est une maladie extrêmement rebelle.

On aurait dû penser qu'après le manuel de Devergie, l'élimination complète des dermatites artificielles, hors de l'eczéma de Rayer, en particulier comme début aigu de cet eczéma, était chose faite, et qu'on pouvait revenir au *statu quo ante* et étudier tranquillement l'une à côté de l'autre la maladie de Willan et celle de Rayer, mais, Messieurs, le mot est souvent quelque chose de plus puissant que la chose. Ainsi nous allons voir que les auteurs anglais les plus proches, — et il en fut de même de la part des compatriotes de Devergie, — acceptèrent les divers aperçus de Devergie mais ignorèrent sa pensée réelle. Hillier (1), par exemple, qui fit ses recherches à l'hôpital de Blackfriar tient, comme Devergie, l'eczéma pour une des maladies de peau les plus communes, constate que les vésicnles ne sont pas constantes, que l'exsudation albumineuse qui colore le linge et l'empèse est le criterium essentiel de l'eczéma et communique, peut-être non sans intention, seulement deux observations d'eczéma d'une durée anormale, puisque l'un atteint 19 ans et l'autre 30 ans.

Mais au point de vue symptomatologique et étiologique, il erre encore sur les sentiers battus et commodes de l'éclectisme.

Nous arrivons maintenant à deux des auteurs les plus importants qui ont illustré la dermatologie anglaise dans la seconde moitié du dernier siècle : les grands adversaires dans la question de l'eczéma, Erasmus Wilson déjà vieux et expérimenté, et le jeune et original Tilbury Fox. Mais avant d'aborder leur discussion intéressante, je ne peux m'empêcher de faire remarquer qu'à cette époque (1860), vient en scène Ferdinand Hebra en Allemagne, et que les auteurs consécutifs en Angleterre s'accordèrent avec lui d'une manière encore plus persistante qu'avec Devergie. Ceci se remarque surtout avec Erasmus Wilson.

Hebra, acceptant le progrès fait par Devergie dans son chapitre de l'eczéma, et étant comme lui un adversaire puissant du dogme français de la diathèse eczématique, fit rentrer habilement, en se fondant sur des expériences très insuffisantes au moyen de l'huile de croton et

(1) Thomas Hillier, Handbook of Skin Diseases for students and practitioners. Londres, 1865.

d'autres substances irritantes, la dermatite artificielle, celle même que Rayer et Devergie par l'effort de toute leur intelligence avaient expulsée du chapitre de l'eczéma, dans ce même chapitre et non seulement il le fit mais il parut avoir, une fois pour toutes, établi leur union sur une base scientifique. Et ce qui dans la pleine liberté d'esprit de l'ignorance s'était glissé comme une erreur, parut dès lors démontré comme une vérité par des expériences exactes. Depuis ce temps, l'autorité de Hebra a couvert devant le monde entier la confusion que j'ai indiquée dans l'eczéma, confusion accidentelle, inexacte, incongruente et même intolérable, et, d'autre part, a empêché presque complètement la jeune génération dermatologique d'en avoir conscience.

Erasmus Wilson, dans cette direction se soumet entièrement à l'influence de Hebra et se soustrait à celle de Devergie. Il croit fermement à la possibilité de déterminer de vrais eczémas par des agents chimiques, non vivants.

Plus que personne, il avait l'occasion de suivre le bon exemple de Rayer et de Devergie et de séparer nettement la dermatite artificielle de l'eczéma. Dans son système on trouve pour la première fois un chapitre distinct consacré aux inflammations cutanées d'origine traumatique, mais il n'y fait rentrer que quelques substances caustiques et irritantes qui ont une action spéciale sur la peau, telles que l'acide sulfurique, l'arsenic, le cyanure de potassium et la quinine, et il laisse dans le chapitre de l'eczéma, où Hebra les avait introduits de nouveau, les agents irritants banaux, tels que l'huile de croton et la cantharide.

Se fondant sur une longue expérience personnelle, il s'est enfin complétement libéré de Willan ; avec Devergie, il tient la vésicule comme un fait inconstant et non nécessaire. « Les vésicules exiguës qui si longtemps ont paru essentielles à l'eczéma et si longtemps ont été cherchées avec un zèle infatigable au moyen de la loupe, se sont montrées, grâce à des observations plus exactes, comme étant, en fait, un accident éventuel. Le premier signe d'un eczéma, par exemple du doigt, n'est souvent qu'une simple sécheresse et une exfoliation de la couche cornée. » — « L'exemple le plus frappant et le plus instructif de l'eczéma est fourni par celui des enfants. » — « L'eczéma est toujours chronique. » — « L'eczéma est la maladie la plus fréquente de la peau et forme le tiers de toutes les dermatoses. » — « L'eczéma est une inflammation chronique de la peau avec desquamation, exsudation et prurit. »

En somme, avec juste raison, il fait un pas de plus que Devergie et proclame sans relâche l'existence de transitions insensibles entre les formes humides et les formes sèches, le pityriasis, le psoriasis et le lichen agrius. Il admet même que le pityriasis rubra ou la dermatite exfoliatrice peut provenir de l'eczéma — et ils sont pour lui de l'eczéma. Allant plus loin que Devergie, il décrit des formes accompagnées

d'épaississement de la couche cornée et du corps muqueux, formes calleuses et verruqueuses et les range dans l'eczéma sous le nom d'eczéma « hypertrophicum epidermidis et papillomatosum ».

Tout cela, Messieurs, est le développement logique de la pensée de Rayer et un dermatologiste moderne, expérimenté et indépendant, devait penser de même à son tour.

Le jeune Tilbury Fox (1) fut d'un autre avis que le vieil Erasmus Wilson. Avec l'ardeur de la lutte, il s'oppose au cours du temps et déclare publiquement à la première phrase de son chapitre : « Je suis willaniste et par suite en désaccord avec beaucoup de maitres modernes » (2).

Tilbury Fox croit bien être un vrai willaniste parce qu'il admet toujours une vésicule initiale et qu'il classe son eczéma sous les trois rubriques « eczéma simplex, rubrum et impetiginodes ». Mais, en fait, il est bien loin d'être un vrai willaniste et de marcher avec Samuel Plumbe, la main dans la main. Son eczéma rubrum n'est pas celui de Willan, c'est-à-dire n'est pas l'hydrargyrie, non plus que son eczéma impetiginodes, nom sous lequel il décrit surtout l'eczéma croûteux du cuir chevelu chez l'enfant. C'est une maladie que Willan n'aurait jamais reconnue comme un eczéma.

Ces discordances infranchissables dans les choses ne sont pas compensées par les déclarations exaltées de Tilbury Fox. Il n'est pas possible de déclarer dans le même chapitre l'eczéma pour la plus fréquente des dermatoses, l'eczéma croûteux des enfants pour une des affections les plus graves et les plus rebelles et de prendre en même temps avec Willan l'eczéma aigu comme type de l'eczéma.

Tilbury Fox n'est donc pas un willaniste comme il le croit, il est seulement le plus grand des willanophiles modernes. Je ne veux pas relever, ce qui a souvent provoqué les sourires des autres dermatologistes, que Tilbury Fox trouve, dans chaque eczéma, la vésicule, ou tout au moins déclare qu'elle a existé (3). Ce qui fait un véritable willaniste, ce n'est pas de trouver partout une vésicule, *mais de réunir en un seul groupe — et cela sous le nom d'eczéma — toutes les affections dans lesquelles, à la suite d'une irritation traumatique bien déterminée, une dermatite vésiculeuse aiguë se développe, proportionnelle par son intensité et sa durée à l'intensité de l'irritation.*

Il ne pouvait en être ainsi pour Tilbury Fox, car dans les parties essentielles de son chapitre, il s'appuie surtout sur Devergie et Rayer et emprunte au dernier la description des eczémas régionaux. Mais

(1) Tilbury Fox. Skin Diseases. Londres, 1873.

(2) A ce moment le terme « willaniste » était employé, surtout parmi les leaders de l'école française. (Bazin) dans un sens un peu ironique.

(3) Cette forme typique d'eczéma n'est souvent pas vue par le praticien à son stade initial où les vésicules sont perceptibles, mais cela n'empêche qu'elles existent.

qui pourrait, aujourd'hui, après que Rayer, Devergie et Hebra ont vécu et enseigné, rentrer dons la petite coquille où Willan avait placé sa conception de l'eczéma ? Cette conception devait nécessairement et d'une manière persistante se développer à partir du moment où Rayer, d'un regard incisif, avait trouvé dans les matériaux des groupes différents établis par Willan les plus fréquentes de toutes les « dartres » et avait commencé à réunir les fragments épars d'une nouvelle maladie. Qu'il ait nommé cette nouvelle maladie si importante « eczéma », ce fut sans aucun doute malheureux et regrettable, car il retarda d'une manière notable le progrès des connaissances et je m'accorde tout à fait avec mon ami Mc. Call Anderson quand il dit : « Une vésicule est tenue par les successeurs de Willan comme étant invariablement la la lésion élémentaire de l'eczéma. Mais cette idée — je n'ai aucune hésitation à le dire — a été l'origine de plus d'erreurs de diagnostic que toute autre dans la dermatologie (1) ».

Vous n'attendrez pas de moi que j'examine aussi en détail les traités anglais actuels que j'ai fait des anciens ; d'abord le temps me manque, puis vous connaissez tous les ouvrages — chacun célèbre à son point de vue — d'Anderson, Liveing, Jamieson, Crocker, Malcolm Morris, d'autres qne je n'ai pas besoin de mentionner.

Le point de vue de ces auteurs dans la question de l'eczéma vous est bien connu et si, aujourd'hui, dans la patrie de l'eczéma de Willan, la conception de l'eczéma de Rayer a peu à peu pénétré plus ou moins, on ne peut s'en étonner étant donnée la marche de l'histoire. Nous devons surtout nous étonner qu'il ait fallu un demi siècle d'énergie et de travaux d'hommes tels que Devergie, Erasmus Wilson et Anderson pour faire accepter peu à peu par les esprits cette notion cependant si compréhensible, que le déplacement du mot eczéma, retranché par Rayer et Biett d'un groupe pour être placé dans un autre, aurait dû parallèlement conduire à un changement dans la définition et la description.

Si nous résumons toute la discussion antérieure nous voyons que la conception actuelle de l'eczéma — j'entends de l'eczéma de Rayer — est due surtout à quatre hommes : Rayer, Devergie, Erasmus Wilson et Mc Call Anderson.

Rayer a créé la conception, nouvelle pour son temps, de ce que j'ai appelé l'impetigo-porrigo-eczéma et donna une description devenue classique des altérations originales et des modifications de cette maladie chronique et extraordinairement multiforme, modifications décrites jusque là sous des noms divers.

Devergie eut le courage de séparer l'eczéma de Rayer de l'eczéma de Willan réunis à tort à cause du nom, de déclarer que la vésicule

(1) Mac Call Anderson. A Practical Treatise upon Eczema ». Third Edition, p. 18, Londres, 1874.

n'était pas caractéristique et d'indiquer à sa place quatre symptômes cardinaux : la rougeur, la sécrétion albumineuse, la porosité de la peau (état ponctué) et le prurit.

Erasmus Wilson affirma le premier qu'il existe des eczémas secs reliés par des transitions insensibles aux formes humides et que certaines formes se distinguent par l'hypertrophie de l'épiderme. Il donna en même temps la première définition moderne de l'eczéma : l'eczéma est une inflammation chronique de la peau avec desquamation, exsudation.

Mc Catl Anderson eut le premier le courage — après que Ferdinand Hebra et Erasmus Wilson avaient déjà reconnu que des taches squameuses peuvent être le symptôme initial de l'eczéma — de déclarer la tache squameuse comme la lésion importante et même la plus importante des lésions initiales.

Ce pas en avant paraît sans importance ; il en a une très grande. Mc Call Anderson répara ainsi ce que Rayer avait négligé de faire dans sa description de l'eczéma, c'est-à-dire qu'il décrivit les formes sèches du début de son eczéma et nous donna, pour la première fois, à ce point de vue, le tableau de l'eczéma actuel.

C'est ainsi, Messieurs, un beau travail scientifique, que celui consacré dans le siècle précédent par ces auteurs, à la question de l'eczéma.

Sur le terrain clinique les trois successeurs de Rayer étaient, comme lui, des hommes de vue pratique et de grande expérience. Dans leurs combats ils en appelaient toujours à juste titre à la nature, en étudiant les eczématiques eux-mêmes et s'opposaient aux dogmes enracinés comme des représentants de la recherche libre. Sans doute ils se croyaient tous en lutte avec Willan lui-même, mais ma communication actuelle vous montre, Messieurs, que ce fut là une erreur et que notre bon vieux Willan n'était en rien coupable. Il n'avait jamais assuré que notre eczéma actuel ne pouvait exister sans vésicule. Il est enfin temps de rectifier cette erreur et, surtout en Angleterre, d'innocenter Willan sur ce point.

Après avoir accompli cette noble action je pourrais conclure, mais puisque vous m'avez fait l'honneur de m'appeler ici, je pense que vous me demandez quelque chose de plus, et que vous désirez savoir comment je prends moi-même position sur la question de l'eczéma, et ce que je pense de ses progrès dans notre siècle. Eh bien, dans notre siècle, il y a encore beaucoup à faire. L'eczéma de Willan seul a eu jusqu'ici une étiologie claire et simple, celle du traumatisme externe aigu, par contre, l'étiologie de l'eczéma de Rayer fut, dès le début, aussi obscure que celle de l'eczéma de Willan était claire et ainsi l'eczéma de Rayer devint un terrain ou l'on joua comme à la raquette. Les hypothèses non démontrées et les théories infructueuses, toutes sortes « d'anomalies de constitution », de « diathèses », de « dyscrasies », de

« névroses », l' « herpétisme » et l' « arthritisme », tous les reflexes imaginables dus aux altérations viscérales internes ! se disputèrent l'honneur d'être la cause de l'eczéma ou figurèrent fraternellement côte à côte dans le domaine de l'étiologie de l'eczéma dépourvu de maître, et au cours du temps on devait voir autant de théories que d'auteurs, car chaqne auteur pouvait, suivant le courant prédominant, assembler en un charmant bouquet les fleurs cueillies sur le champ fleuri des hypothèses.

Il en était ainsi en 1890. Jusque là deux Français et deux Anglais avaient fait pour le mieux dans l'étude de l'eczéma de Rayer. Puis vint un Allemand qui chercha à apporter son obole en donnant à l'eczéma de Rayer, au point de vue étiologique, ce qui lui manquait encore, c'est-à-dire une constante étiologique comme l'eczéma de Willan l'avait possédée dès son début.

Devant « The British Medical Association » de Birmingham en 1890, j'ai affirmé l'eczéma de Rayer comme une maladie parasitaire, en m'appuyant sur des raisons cliniques.

Ma définition était alors : l'eczéma est un catarrhe chronique parasitaire de la peau, avec desquamation, prurit, et tendance à répondre aux irritations par l'exsudation et une inflammation prononcée.

Dans les douze années écoulées depuis, j'ai pu appuyer et consolider cette théorie par des recherches microscopiques et des cultures et j'ai eu cette satisfaction qu'en Angleterre Morris, en Amérique Elliot, en France Leredde et en Allemagne Bockhart ont accepté la plupart de mes opinions et les ont élargies.

Les études futures consacrées à l'eczéma devront se placer, en majeure partie, sur un terrain bactériologique; au moins le nouveau siècle a-t-il fait les premiers pas dans ce sens.

Plus importants peut-être pour la question de l'eczéma seront les progrès au point de vue chimique et physiologique. A ce point de vue je pourrais rappeler que par la connaissance chaque jour croissante des formes séborrhéiques de l'eczéma, notre ignorance profonde de la fonction graisseuse de la peau et de la chimie des sécrétions cutanées a été éclairée d'une lumière extrêmement vive.

Le domaine clinique de l'eczéma de Rayer va encore en augmentant.

Ce qui a empêché beaucoup d'auteurs tels que Brocq, Audry, de classer l'eczéma séborrhéique dans l'eczéma a été l'ancienne erreur des willanophiles : « Dans chaque eczéma de RAYER on doit trouver une vésicule. » Mais là où la fonction graisseuse est exagérée, la tendance aux sécrétions aqueuses diminue naturellement et il va de soi que les formes séborrhéiques sont sèches sans que, pour cela, elles perdent leur place dans l'eczéma de Rayer. Mais si bonne que soit, au point

de vue clinique, la conception de l'eczéma séborrhéique (1), si pauvres sommes-nous cependant en ce qui concerne sa signification anatomique et physiologique que sur ce point intéressant nous devons d'abord exécuter une série de travaux anatomiques et physiologiques préparatoires des recherches à venir. L'étude clinique ne peut nous mener plus loin qu'elle ne l'a fait.

J'ai ainsi, messieurs, mentionné les buts prochains de l'étude de l'eczéma dans notre siècle. Pour les atteindre, il faut unir constamment le travail clinique et celui du laboratoire. C'est seulement en associant les méthodes microscopiques, bactériologiques et chimiques qu'on pourra pousser plus loin la description et la conception, si importantes pour nous, de l'eczéma au point de vue clinique.

COURS DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE DES MALADIES DE LA PEAU

7e Article.

MÉTHODE KÉRATOLYTIQUE

Avec la méthode kératolytique, nous abordons l'étude des procédés thérapeutiques destinés à agir directement sur la peau par action chimique. Dans cette méthode, l'action chimique doit porter sur la couche cornée, altérée pathologiquement ; elle utilise des substances capables de la dissoudre.

L'emploi de la méthode kératolytique est indiqué d'une manière générale, toutes les fois qu'il existe une hypertrophie de la couche cornée, une « hyperkératose » assez importante pour gêner la pénétration des agents médicamenteux en profondeur. L'hyperkératose est une lésion fréquente qui s'observe dans un grand nombre de processus, les uns congénitaux (noevi verruqueux) les autres infectieux et toxiques : citons le psoriasis, le pityriasis rubra pilaire, le lichen plan, les verrues, les eczémas hyperkératosiques palmaires et plantaires, la kératose blennorrhagique, etc. — Cette énumération incomplète suffit à montrer que l'hyperkératose la plus intense n'est jamais qu'un phénomène accessoire ; les réactions de la couche cornée, couche formée d'éléments arrivés au terme de l'évolution cellulaire, morts ou du moins incapables de prolifération, sont toujours liées à un état pathologique des régions plus profondes. Au point de vué théra-

(1) Ma définition générale actuelle de l'eczéma est la suivante : « Une inflammation épidermique chronique, prurigineuse, squameuse, parasitaire, tendant à l'extension diffuse, capable de répondre à l'irritation par une exsudation serofibrineuse (formes humides) ou par un épaississement de l'épiderme, une hyperkératinisation, une sécrétion graisseuse exagérée, ou la combinaison de ces lésions, (formes sèches) ». Manuel de Mracek, chapitre : *Eczéma*, 1902.

peutique, il faudra agir sur cellès-ci, mais pour cela, il est indispensable d'obtenir au préalable la dénudation du corps muqueux, ce qui est parfois la seule chose difficile.

La couche cornée est formée essentiellement d'une substance chimique très spéciale, la kératine : c'est une substance albuminoïde qui a deux caractères propres : sa teneur élevée en soufre et sa résistance aux sucs pancréatique et gastrique, dissolvants de l'albumine. Elle se trouve accumulée à la périphérie des cellules cornées ; celles-ci contiennent, en outre, des graisses, en particulier une graisse voisine de la cire des abeilles (Ranvier). Tantôt il s'agit de dissoudre rapidement et complètement la couche cornée hypertrophiée, tantôt cette hypertrophie est accessoire dans les lésions pathologiques ; il faut employer des réducteurs auxquels on incorpore telles ou telles substances kératolytiques.

Nous aurons à citer des formules où des agents surtout kératolytiques sont associés à des agents réducteurs, de manière à en augmenter l'effet et à en faciliter la pénétration. Pour le moment, nous ne nous occuperons que des procédés uniquement kératolytiques, par exemple de ceux qu'on doit appliquer chez un psoriasique avant d'attaquer les plaques par l'huile de cade ou la chrysarobine, chez un malade atteint d'eczéma hyperkératosique avant d'appliquer l'acide pyrogallique sur le corps muqueux presque dénudé.

Avant d'entrer dans les détails, nous avons encore une remarque à faire. La couche cornée contient non seulement de la kératine, mais encore des graisses. Il est souvent utile de dégraisser la peau pour faciliter la pénétration des agents actifs; mais les agents qu'on emploie à cet effet, l'alcool par exemple, n'ont qu'une action temporaire. Pour dégraisser la peau d'une manière persistante, le seul moyen est de détruire les cellules cornées qui contiennent une cire, et dans l'intervalle desquelles s'accumulent les sécrétions grasses de la peau. La méthode kératolytique est, par suite, destinée également à dégraisser la peau et la seule qui convienne dans ce but, mais lorsqu'il y a excès de graisse à la surface de la peau, l'hyperkératose est toujours légère et la kératolyse devra se faire au moyen d'agents dilués, en particulier de savons et d'eau (1).

Il faut du reste remarquer que si de nombreux agents réducteurs ne sont pas kératolytiques, par exemple les goudrons, les acides pyrogallique et chrysophanique, le soufre, le résorcine à doses faibles tous les kératolytiques sont des réducteurs dans le sens large où nous prenons ce terme, mais l'action kératolytique peut être assez marquée, alors que l'action réductrice est faible.

Il existe des hyperkératoses où la couche cornée épaissie est peu

(1) Le soufre est un corps dont l'action sur les sécrétions graisseuses paraît réservée à celles qui sont liées à la seborrhée grasse.

dense et qu'on peut appeler des *kératoses lâches* ; le psoriasis en offre le type. L'emploi de kératolytiques est souvent inutile. On peut faire tomber les squames, au moins en grande partie, mécaniquement, en les graissant plusieurs jours avec une quantité abondante de vaseline qui les pénètre. On peut aussi les détacher au moyen de bains de vapeur locaux (bains Berthe).

Les substances capables de dissoudre la kératine sont nombreuses. Parmi les acides forts, on peut employer en badigeonnages l'acide chlorhydrique étendu, l'acide acétique pur ou étendu de 1, 2, 3, fois son volume d'eau. En Allemagne, on emploie ce dernier en pâte, dans le traitement de l'acné par exemple.

Acide acétique	5 gr.
Terre fossile	10 gr.
Lanoline	25 gr.
Vaseline	10 gr.

Un des kératolytiques les plus usités, sinon le plus usité, est l'acide salicylique. On l'incorpore fréquemment aux pâtes et aux pommades contenant des réducteurs, à la dose de 1, 2, 5 p. 100 pour faciliter leur pénétration. Dans les hyperkératoses faibles, une pâte salicylée du type suivant est tout à fait utile.

Acide salicylique	2 gr. 50
Oxyde de zinc	12 gr.
Amidon	12 gr.
Vaseline	25 gr.

(Lassar)

On peut du reste incorporer l'acide salicylique à toutes les pâtes que nous avons indiquées et formuler des pâtes du type suivant :

Craie préparée	4 gr.
Oxyde de zinc	4 gr.
Acide salicylique	2 gr.
Huile de lin	5 gr.
Eau de chaux	5 gr.

ou :

Oxyde de zinc	3 gr.
Amidon	4 gr.
Acide salicylique	1 gr.
Œsypus	3 gr.
Huile d'olives	3 gr.

On peut l'employer en bâtons de pommade :

Acide salicylique	10 gr.
Cire	30 gr.
Adeps lanæ	60 gr.

Enfin, il est très souvent indiqué dans les hyperkératoses de prescrire des emplâtres salicylés.

L'acide salicylique est soluble dans l'eau à 1,5 p. 1000. J'ai prescrit chez des malades atteints d'hyperkératose, des pansements avec une solution salicylée à cette dose, en ayant soin de protéger par une pâte les régions sur lesquelles ne devait pas porter l'action chimique.

En 12 heures, on peut obtenir un ramollissemenl de la couche cornée qu'on enlève parfaitement à la curette.

Les alcalins de tout ordre sont des kératolytiques. L'ammoniaque n'est pas employée à cause de son odeur pénible ; la potasse et la soude, en badigeonnages (lessive de potasse et de soude), les carbonates de potasse et de soude sont au contraire d'un emploi fréquent. Les bains alcalins servent au dégraissage de la peau ; ils contiennent de 100 à 250 gr. de carbonate de soude. Ce sont du reste assez souvent des bains irritants et on ne doit pas les employer dans les dermatoses inflammatoires aiguës, même si la sécrétion graisseuse est exagérée sur les régions non malades.

Enfin, l'agent habituel quotidien de dégraissage de la peau est le savon.

On sait que les savons sont des sels de potasse ou de soude dont l'acide est un acide gras.

Les savons de potasse sont mous. On peut employer le savon vert, le plus kératolytique de tous, ou le savon noir; on peut du reste faire des savons de potasse blancs (1); à ces savons on peut ajouter diverses substances, réductrices ou kératolytiques. Les savons de soude sont durs, on peut également leur incorporer des agents actifs. Le savon noir, pur ou additionné de ces diverses substances, sera appliqué sur la peau, par frictions avec de l'eau, ou en applications persistantes ; on peut également l'employer en teinture.

Esprit de savon de potasse de Hebra :

Savon noir........................	100 gr.
Alcool à 95°........................	50 gr.
Essence de lavande..................	0 gr. 50.

Sous forme de savons de soude, employés pour la toilette des mains, l'action se limite aux couches superficielles de la peau, la kératolyse est peu marquée.

Le savonnage entraîne les produits épidermiques en voie de desquamation et mêlés aux squames, les poussières et les parasites. Cependant, chez un grand nombre de personnes, chez l'enfant, chez le

(1) Darier mentionne la formule suivante :

Huile de coco.......................	200 gr.
Potasse caustique pure.............	80 gr.
Eau distillée........................	600 gr.

ajouter pour 100 gr. stéarine 20 gr. et eau distillée 20 gr. (In Leistikow. Traité des maladies de la peau. Trad. Darier p. 60)

vieillard, chez les femmes dont la peau est fine, dans un grand nombre d'affections cutanées, dans les dermatites artificielles et dans ce que j'ai appelé la dermatite artificielle chronique latente, l'action kératolytique, facilitée par l'absence de graisses en quantité suffisante à la surface de la peau, devient plus marquée qu'à l'état normal, le savon amène des lésions de la peau, et surtout rend celle-ci plus sensible aux causes externes irritantes de tout ordre contre lesquelles la protège à l'état normal la couche cornée normale (1).

Ces inconvénients du savon constituent une notion fondamentale dans l'hygiène de la peau et à laquelle le médecin est loin de penser aussi souvent qu'il le faudrait. J'ai même signalé des formes de prurit qui sont dues uniquement au savon ; j'en parlerai à l'occasion de la méthode antiprurigineuse.

Unna a eu l'idée de fabriquer des savons avec excès de graisse, leur formule est la suivante :

Graisse de bœuf très pure...........	59 gr. 30.
Huile d'olives......................	7 gr. 40.
Lessive de soude à 38° Beaumé......	22 gr. 20.
Lessive de potasse.................	11 gr. 10.

Ces savons sont extrêmement précieux. Ils sont en effet beaucoup moins nocifs pour la peau que les savons ordinaires et peuvent être employés pour le nettoyage des mains, *même chez des sujets eczématisables*. Aux savons surgras comme aux savons de soude ordinaires, on peut ajouter des agents actifs : ichtyol, acide salicylique.

Le glycérolé de savon de Hebra, à la glycérine neutre, est également peu irritant.

Mielck a essayé de combiner la potasse et la soude avec de l'axonge au lieu d'huile ; on ajoute 3 p. 100 d'axonge et on obtient ainsi une pommade de savon (2).

Au glycérolé de savon, à la pommade de savon, on peut ajouter comme aux savons surgras des substances actives, quand on veut pratiquer la kératolyse d'une manière prudente, sans léser le corps muqueux par l'excès des alcalins que contient le savon d'une manière constante, par exemple dans l'acné.

La teinture de Panama, qui a pour formule :

Bois de Panama..........................	1 gr.
Alcool...................................	gr.

est un agent utile de kératolyse légère et de dégraissage ; on l'emploie surtout dans les affections du cuir chevelu. On peut la remplacer par la simple décoction de bois de Panama (150 gr. par litre), enfin on peut la combiner au savon (savon de Panama).

(1) V. Leredde. — L'eczéma, maladie parasitaire. Paris. Masson 1897.
(2) V. Pautrier. Les pommades à base de savon ou d'emplâtre. *Revue pratique des maladies cutanées*. N° 5, p. 144.

La résorcine à doses fortes est un kératolytique énergique ; on peut l'employer en pommade ou en emplâtre, associée à l'acide salicylique. Unna l'emploie dans les kératodermies en solution aqueuse à 3 p. 100.

Le sulfure de calcium et le sulfure de baryum, qui ont une action puissante sur le système pileux, sont les agents les plus employés dans le traitement épilatoire; ils ont également une action kératolytique énergique; pour ma part, je suis arrivé à décaper rapidement des plaques psoriasiques, peu étendues, au moyen de pommade au sulfure de calcium à 10 ou 20 p. 100.

APPLICATIONS DE LA MÉTHODE KÉRATOLYTIQUE.

Après ce qui précède, je serai bref sur les applications de la méthode kératolytique ; j'aurai en effet l'occasion de revenir sur son emploi en parlant du psoriasis, des séborrhéides, d'autres affections dont le traitement sera exposé au chapitre : *Méthode réductrice.* Des affections comme la porokératose, la kératodermie palmaire et plantaire congénitale, sont des curiosités cliniques ; leur traitement pourra du reste être fait par le médecin qui aura étudié les règles générales indiquées plus haut.

Parmi les maladies d'observation commune dont le traitement est essentiellement un traitement kératolytique, je citerai les cors, l'ichtyose et la kératose pilaire. Les verrues sont des productions papillomateuses qui relèvent surtout de la méthode caustique.

CORS.

Le cor est une lésion hyperkératosique en forme de cône qui pénètre profondément l'épiderme.

La difficulté du traitement du cor est due à cette profondeur et à la dureté du tissu corné qui le constitue. Avant de commencer la destruction, on diminuera le volume de la masse cornée en excisant tout ce qui est possible avec un couteau de Graefe. Les caustiques peuvent amener la guérison ; toutefois, il faut les manier avec beaucoup de prudence, et on ne peut détruire les parties les plus profondes sans risque de détruire les tissus sains et de provoquer une plaie. La lessive de potasse, le nitrate acide de mercure sont les plus actifs. On appliquera de la pâte de zinc ou un emplâtre autour du cor pour protéger la peau saine qui l'entoure.

On peut ramollir les couches superficielles du cor en appliquant du savon noir, additionné de parties égales de résorcine, ou de 1 p. 5 d'acide salicylique, étalé sur un peu de mousseline et laissé en place pendant plusieurs heures.

On peut également faire des applications réitérées, pendant une dizaine de jours, de collodion salicylé à 1 p. 10. Le collodion doit

être additionné d'alcool et d'éther. Vigier (cité par Brocq), donne la formule suivante :

Acide salicylique..................	1 gr.
Extr. alcool. de cannabis indica......	0 gr. 50.
Alcool à 90°......................	1 gr.
Ether à 62°.......................	2 gr. 50.
Collodion élastique................	5 gr.

Enfin, on peut employer des emplâtres et en particulier l'emplâtre salicylé créosoté qu'on empêche de glisser par une bandelette. L'action de tous les kératolytiques doit être complétée par la rugination au moyen d'une curette à bords un peu émoussés.

Le cor détruit, on empêchera la récidive en faisant porter des chaussures larges et en appliquant de petits morceaux d'emplâtre, superposés, perforés au centre sur l'étendue occupée par le cor.

ICHTYOSE VRAIE.

L'ichtyose est une difformité de la peau dont les lésions fondamentales sont, d'une part, l'hyperkératose en nappe, signe clinique essentiel, d'autre part, l'atrophie du corps muqueux et de ses annexes épithéliaux, glandes sebacées, glandes sudoripares et même poils. L'atrophie des glandes détermine la sécheresse du tégument.

Maladie considérée en France comme congénitale et héréditaire, l'ichtyose est pour Unna, Tommasoli, une maladie inflammatoire acquise. Cette conception, fondée ou non, mène à une thérapeutique particulière que nous exposerons ; elle entraîne à croire à la curabilité de l'ichtyose, lorsque le traitement est fait d'une façon précoce, et, en effet l'ichtyose est curable dans quelques cas au moins.

Le traitement de l'ichtyose doit être fait d'une manière extrêmement attentive dès qu'elle est reconnue, dans l'espoir de guérir une difformité qui peut devenir extrêmement gênante, Le problème consiste à faire disparaître l'hyperkératose et d'autre part à rendre à la peau un enduit gras dont elle est dépourvue et qui est nécessaire à son fonctionnement normal.

Les divers procédés de la méthode kératolytique peuvent être employés, lorsqu'il n'y a pas de complications d'eczéma ou d'impétigo. Bien entendu, la kératolyse sera faite d'une manière lente, et avec surveillance, car il s'agit de modifier le tégument sur son étendue totale. On peut employer les bains alcalins, les bains savonneux, précédés d'applications plus ou moins longues, de frictions plus ou moins énergiques de savon noir. Après les bains savonneux, le malade doit être placé dans un bain simple pour éviter le séjour de savon dans la peau. Si sur des points limités, il existe des accumulations de squames, on agira par les emplâtres, la curette, les applications de flanelle, couverte de savon noir.

Après les bains, la peau est séchée entièrement, puis graissée, à la glycérine *neutre*, ou à la lanoline, ou à l'huile de foie de morue, ou à l'axonge fraîche, ou au cérat frais sans eau.

Une fois l'amélioration obtenue, le traitement sera réglé de façon à ne pas exagérer l'action kératolytique ; les bains savonneux seront prescrits une fois ou deux par semaine seulement, suivant les cas, mais il sera utile chaque jour de graisser la peau.

S'il existe de l'eczéma, ce traitement sera cessé, bien entendu, et on traitera uniquement l'état eczématique.

Chez l'enfant jeune, il est nécessaire d'exagérer l'activité des glandes sudoripares ; les bains de vapeur sont dangereux pour l'état général ; j'ai essayé récemment dans un cas les bains de lumière, mais il s'agissait d'un enfant de douze ans, chez lequel l'atrophie des glandes était certainement définitive et ces bains de lumière n'ont produit aucun résultat. De nouveaux essais peuvent donc être faits sur ce point. Unna fait porter aux enfants de la flanelle, saupoudrée tous les 4 ou 6 jours de fleur de soufre, une fois chauffée.

Le traitement qu'on emploie en Allemagne comprend des applications sur le tégument de pâtes soufrées ou soufrées et salicylées. On peut également employer comme base, au lieu des pâtes, des glycérolés et de pommades actives, et y ajouter l'ichtyol ou le naphtol. Les auteurs français ne paraissent pas avoir une expérience suffisante de ces modes de traitement.

Au point de vue interne, on emploie d'une manière classique l'huile de foie de morue, l'arsenic. Les bons résultats des eaux de la Bourboule ne sont pas douteux, d'après Veyrières.

KÉRATOSE PILAIRE.

Le kératose pilaire (xérodermie pilaire de Besnier) est une malformation cutanée des plus communes, qui se développe presque toujours dans l'enfance ou l'adolescence au niveau de la face d'extension des membres, des fesses, respectant les régions du tronc et des membres où la peau est fine, s'étendant parfois à la face et au cuir chevelu. Tantôt elle ne s'accompagne d'aucun trouble vasculaire appréciable (*kératose blanche*), tantôt au contraire d'un état congestif permanent de la peau et même de télangiectasies (*kératose rouge*). La malformation a son siège principal dans les appareils pilosébacés. On trouve sur les membres des saillies acuminées, sèches, souvent très nombreuses ; la surface de la peau devient râpeuse; à un moment donné elles disparaissent et sont remplacées par une fine cicatricule. Ces saillies sont blanches, ou rouges, et dans ce cas la peau, dans l'intervalle, offre souvent une coloration rouge, plus ou moins violacée.

Sur la face, la kératose rouge est représentée par des plaques congestives symétriques (Brocq), que l'on trouve sur le front, au niveau du tiers externe des sourcils ; et, devant les oreilles, il existe parfois

une plaque intersourcilière. Au niveau de ces plaques, outre la rougeur, on constate de très fines saillies péripilaires extrêmement nombreuses. Ces saillies, comme celles des membres, disparaissent en laissant des cicatrices imperceptibles.

Au niveau des régions pilaires (barbe, cuir chevelu), la kératose se manifeste par la diminution de nombre des poils, l'atrophie irrégulière d'un certain nombre d'entre eux. Au cuir chevelu, on peut constater des plaques alopéciques définitives. Ces lésions s'associent à de l'hyperkératose pityriasique.

Toenzer a décrit sur le cuir chevelu et la face, sous le nom d'ulérythème ophryogène, des lésions cicatricielles que l'on peut rattacher à la kératose pilaire.

Au point de vue thérapeutique, il faut agir, contre la kératose pilaire des membres, à peu près de la même manière que dans l'ichtyose, c'est-à-dire par les kératolytiques, et d'autre part, graisser la peau, qui est naturellement sèche, et dont la sécheresse ne peut qu'être augmentée par la kératolyse.

Veyrières, qui a consacré à ce sujet un travail des plus intéressants, recommande d'appliquer la nuit, de temps à autre, sur les parties malades, du savon mou de potasse, en teinture ou en pommade, étendue de vaseline, de lanoline ou d'axonge ; on peut l'appliquer à l'état pur, pendant un temps plus limité (une demi-heure, une heure). Le pansement se fait, une fois le savon enlevé, avec une crême ou une pâte colorée.

Kaolin..............................	2 gr.
Oxyde de zinc........................	5 gr.
Ocre jaune...........................	0 gr. 20
Bol d'arménie........................	0 gr. 10
Colcream frais.	
ou Vaseline blonde....................	20 gr.

(VEYRIÈRES) (1).

Cette pâte est destinée à calmer l'irritation produite par le savon noir ; mais elle ne doit être appliquée que douze ou vingt quatre heures, et on fera ensuite, comme dans l'ichtyose, des applications d'axonge fraîche, ou de vaseline blonde, ou de glycérine neutre.

On peut remplacer les applications de savons par des pommades à l'acide salicylique et à la résorcine.

Dans les formes légères (kératose blanche), il pourra suffire de savonner la peau au savon salicylé ou naphtolé, et de la graisser légèrement ensuite. L'emploi des savons surgras peut, d'autre part, suffire dans les formes les plus bénignes.

Ce traitement a surtout une importance chez les jeunes filles du

(1) Veyrières. Pratique dermatologique, T. II, p. 952.

monde ; il devra être fait avec soin et persévérance au moment où la kératose apparaîtra, dans l'espoir d'en arrêter les progrès.

Les bains émollients (son, amidon, gélatine) peuvent être utiles dans les formes légères. On pourra aussi prescrire des bains alcalins, mais à la condition de graisser la peau à la suite.

Le traitement de la kératose pilaire rouge de la face est des plus difficiles ; il n'est pas nécessaire, en principe, d'employer des kératolytiques ; il faut empêcher la dessiccation de la peau et la décongestionner le plus possible. Les lotions d'eau chaude matin et soir, l'application de graisses dans l'intervalle peuvent avoir quelque utilité. L'électricité de haute fréquence pourrait être essayée, le cas échéant, sans qu'on ait à redouter des inconvénients de son emploi, et peut-être amènerait-elle les bons résultats qu'elle peut produire dans d'autres lésions congestives.

S'il existe des télangiectasies gênantes, il convient de les oblitérer par l'électrolyse négative.

Le traitement kératolytique, par les pommades salicylées, les savons n'est indiqué que dans les régions pilaires où l'affection peut amener la raréfaction et l'atrophie des poils, et lorsque l'hyperkératose est apparente.

Au cuir chevelu, le traitement par les kératolytiques, les goudrons, ne peut donner de résultats qu'à la condition d'être fait de très bonne heure.

SOCIÉTÉS SAVANTES

BERLINER DERMATOLOGISCHE GESELLSCHAFT.

ANNÉE 1901

Pemphigus, par Hoffmann, Séance du 2 juillet.

Homme de 64 ans, ayant toujours été bien portant, mais alcoolique. Le 20 mai 1901, paraissent sur la poitrine des taches rouges prurigineuses, sur lesquelles se développent ensuite des vésicules. Puis surviennent des bulles et l'affection gagne le reste du tronc et les membres. Il n'y a aucun trouble de l'état général. Prurit très modéré. A l'entrée du malade à la Charité, on constata un exanthème polymorphe, avec saillies urticariennes, taches d'érythème, groupes vésiculeux, bulles à périphérie rouge, à contenu clair ou trouble.

En quelques points on trouve des bulles du volume d'un œuf de poule. Les lésions ont parfois une marche serpigineuse : on voit apparaître des bulles à la périphérie de régions guéries. Les organes viscéraux sont sains.

Urines sans albumine ni sucre. Le sang contient 5.140.000 globules rouges par mm^3, 22.000 globules blancs (numération faite la veille d'un jour de fièvre), Il existe quelques érythrocytes à noyau. Eosinophilie notable. On constate de l'éosinophilie dans les bulles claires (5 à 10 pour cent). Bulles et érosions de la muqueuse buccale.

L'auteur s'est arrêté au diagnostic de dermatite herpétiforme de Duhring, à cause de la polymorphie de l'éruption, de l'aspect herpétiforme sur certains points et malgré l'absence de prurit notable.

Ledermann, a soigné le malade il y a 3 ans, et a porté chez lui le diagnostic de pemphigus. Le prurit était très léger. A un moment donné, on n'observa plus que des bulles claires et des lésions de grattage. Le cas présenté par Hoffmann démontre la difficulté qu'il y a à séparer la dermatose de Duhring du pemphigus vulgaire. Le diagnostic de la première repose sur les symptômes suivants : *polymorphie, disposition herpétiforme des efflorescences, troubles nerveux et prurit très marqués, disposition aux récidives.*

Kaposi admet cependant que dans le pemphigus on peut voir apparaître, surtout au stade éruptif, des taches d'érythème et des pomphi d'urticaire, avec sensations de brûlure et de prurit plus ou moins intenses. Mais la formation de bulles correspond au stade d'acmé, et est l'élément essentiel pour le diagnostic du pemphigus.

Le pemphigus est un cadre étendu, dans lequel on a compris tous les exanthèmes bulleux, et qui doit être divisé par l'étude des divers types qui y sont compris. Le cas de Hoffmann doit être plutôt rangé dans le groupe pemphigus que dans le genre dermatite herpétiforme.

Lesser admet que les Américains ont réalisé un progrès, en isolant la dermatite herpétiforme. Les bulles peuvent atteindre dans cette maladie les dimensions d'une orange. L'affection est bénigne, *quoad vitam*. La difficulté de classement est due à l'ignorance où nous sommes de l'étiologie ; nous sommes obligés de nous guider seulement sur les symptômes.

Rosenthal, dès 1895, s'est élevé contre la conception du pemphigus de Kaposi. La dermatite herpétiforme a, entre autres caractères essentiels, *une bénignité absolue.* Il faut remarquer l'état cachectique du malade, et réserver le pronostic.

Ledermann qui, un des premiers en Allemagne, a consacré avec Ittmann une monographie à la dermatite herpétiforme, tend par suite à ranger dans ce cadre divers cas que d'autres rattachent encore au pemphigus. Cependant il considère le cas de Hoffmann comme un cas de cette dernière maladie. Kaposi déclare, et L. se rattache à sa manière de voir qu'il est essentiel de suivre les malades pendant des années et qu'à la fin on a le tableau caractéristique du pemphigus.

[Le malade est mort, dans un état fébrile, sans lésions organiques, quelques semaines après la présentation. Le rédacteur de la séance déclare qu'il s'agissait donc d'un « pemphigus »].

Erythème noueux, par Hoffmann, séance du 2 juillet.

Il s'agit d'un homme de 21 ans, soigné pour un psoriasis par l'arsenic et la chrysarobine. Au moment où le psoriasis touchait à la guérison, le malade es pris de fièvre, de douleurs articulaires, et des nodosités d'érythème noueux surviennent sur la jambe gauche. Tuméfaction inflammatoire du cou de pied droit et gauche, du poignet droit, tuméfaction et rougeur des amygdales. Souffle systolique à la pointe du cœur. La fièvre dure quelques jours, puis disparaît ainsi que les nodules, les tuméfactions articulaires. Le souffle systolique léger persiste à la pointe. Bref il s'agit d'un cas typique d'érythème noueux.

Une des nodosités fut excisée très profondément ; quelques fragments furent placés dans du bouillon et sur agar. On vit se développer sur les cultures un coccus en amas, souvent disposé en diplocoques, colorable par le Gram.

A l'examen microscopique, on constate la dilatation des vaisseaux du derme, entourés de cellules nombreuses mono et polynucléaires; les amas cellulaires s'étendent entre les faisceaux conjonctifs. Les phénomènes inflammatoires *sont encore plus marqués dans l'hypoderme* ; on trouve de nombreux globules rouges en dehors des vaisseaux. *De place en place dans les amas on trouve des cocci colorables par le Gram.*

Buschke fait remarquer qu'on a en général constaté des streptocoques dans l'érythème noueux. Meyer a pu colorer des bactéries dans les vaisseaux, dans un cas d'exanthème septique.

Hoffmann rappelle que l'origine embolique de l'érythème noueux a été indiquée il y a quarante ans par Bohn. Demme, depuis, a constaté des bacilles dans le tissu des nodosités, mais là encore il s'agissait d'exanthèmes d'origine septicémique.

Maladie spéciale du cuir chevelu, par Hoffmann. Séance du 3 décembre.

Chez un homme de 26 ans, au sommet du vertex, on trouve des plaques alopéciques inégales au niveau desquelles la peau a un aspect cicatriciel et où les follicules ont disparu. Sur la peau du cuir chevelu se trouvent des croûtes jaunâtres presque au contact : au bord des foyers alopéciques, des pustules aplaties. Par l'ouverture des pustules ou après avoir enlevé les croûtes, on voit des follicules élargis en entonnoir d'où sortent un ou plusieurs poils. La racine est épaissie et opaque.

Sur les jambes, on constate l'atrophie de la peau, la disparition de la plupart des follicules : au tiers inférieur des jambes et sur le dos des pieds des foyers eczématiques. Sur le tronc, on constate un certain degré de kératose pilaire.

L'affection a commencé à l'âge de 2 ans, et a persisté pendant 24 ans sans guérir. La recherche microscopique a permis d'éliminer le favus. L'auteur croit qu'il s'agit d'une *acné décalvante* compliquée d'eczéma.

Blaschko range le cas dans les folliculites décalvantes ou acnés décalvantes. Il fait rentrer ces affections dans le groupe de l'eczéma séborrhéique, qui peut conduire dans certains cas à l'atrophie de la peau et des poils. Dans le cas qui vient d'être présenté, il existe de l'eczéma depuis la deuxième année.

Saalfeld rapproche l'affection de l'*ulérythème ophryogène* décrit par Unna et Tœnzer. Mais Blaschko fait remarquer que dans cette affection il existe une kératose folliculaire tout à fait spéciale qui débute aux paupières et en amène l'atrophie, telle qu'en deux ou trois ans celles-ci ont disparu comme chez les lépreux. En outre, la peau a un aspect de râpe, depuis les tempes jusqu'au cou, aux épaules et aux bras.

Hoffmann confirme l'existence d'un eczéma ancien de la figure et du cou. Le malade a été très amélioré par les préparations de goudron; il doit être soumis à la radiothérapie.

Lupus vulgaire traité par le photothérapie, par Schmidt (1). Séance du 3 décembre. ***Discussion sur le traitement du lupus et la méthode de Hollænder (cautérisation par l'air chaud).***

L'auteur présente trois cas de lupus guéris par la photothérapie depuis deux mois ; tous les éléments lupiques ont disparu et il n'y en a pas de nouveaux. Dans deux de ces cas, les muqueuses étaient intéressées ; dans l'un d'eux, la guérison a été obtenue.

Schmidt présente des photographies de malades guéris par la photothérapie. Il s'agit de lupus peu étendus, sauf dans un cas où l'extrémité du nez, la partie adjacente des joues et la lèvre supérieure étaient intéressées. L'effet esthétique est excellent ; on ne peut naturellement se prononcer sur la question de la récidive.

On ne trouve à la pression par la lame de verre aucune trace de lupomes.

Hollænder a fait à la photothérapie deux objections : le traitement est long, et il coûte cher. La lampe nouvelle, proposée par Bang, permettra peut-être de réaliser un grand progrès, à ces deux points de vue, mais elle est encore à la période d'essais.

La photothérapie ne peut être considérée, dit-il, comme la seule méthode du traitement du lupus. Lorsque le lupus est limité, et siège sur des points où l'ablation n'amènera pas de perte de substance définitive, le plus simple est de l'enlever. Dans les autres cas, il conseille de faire le traitement par la cautérisation à l'air chaud. S'il reste ensuite un lupome ici ou là, c'est alors le moment d'employer la méthode de Finsen.

Lesser a vu récemment un cas traité par Holländer, quelques mois auparavant : le résultat du traitement par l'air chaud a été excellent ; on ne trouve de petites récidives que sur deux ou trois points. Comme Holländer, il pense que tous les cas de lupus ne sont pas justiciables de la photothérapie, en particulier ceux où les muqueuses sont atteintes sur une large étendue. Il croit que dans l'avenir, on emploiera souvent des méthodes combinées ; on sait du reste que Finsen fait un traitement initial par l'acide pyrogallique.

(1) La question du traitement du lupus et de la photothérapie sera prochainement étudiée dans la *Revue*.

Les frais de la photothérapie sont trop élevés pour la classe pauvre, et rendent nécessaire le traitement dans des Instituts spéciaux.

ANALYSES

Pouchet. *Absorption et dissémination des composés mercuriels dans l'organisme.* — Discussion sur les injections mercurielles à la Société de Thérapeutique, 23 avril 1902, p. 234, etBull. général de Thérapeutique, 8 mai.

Le mercure peut être introduit dans l'organisme à l'état de sels (absorption du mercure et de ses composés par voie gastrique, inhalation de poussières); les vapeurs, émises à une température élevée et se condensant par suite à la température de l'organisme se transforment en sels, *mais en vapeurs* lorsqu'il y a inhalation de vapeurs émises à la température ordinaire et au-dessous. Les effets toxiques sont dissemblables dans ces conditions, comme le montre l'expérimentation sur les animaux.

Les effets thérapeutiques sont-ils également dissemblables ?

Hunter a déjà admis en 1786 que le mercure se trouve sous une forme unique et toujours la même dans la circulation générale. Mialhe (1843), puis Voit et Overbeck admettent qu'il s'agit de *chloroalbuminates*, Blomberg d'*oxychloro-albuminates*. La rapidité d'action des composés mercuriels serait liée directement à leur facilité plus ou moins grande de transformation en ces corps.

Mais il a été et il est impossible de les décéler dans la circulation générale. La raison en est simple : l'hémoglobine possède la propriété de précipiter les solutions albuminohydrargyriques alcalines, soit sous forme de mercure libre, soit sous forme de mercure combiné (Merget). Or tous les sels de mercure, introduits dans l'organisme, arrivent à se dissoudre sous la forme qui vient d'être indiquée.

Les solutions d'hémoglobine et le sérum ne sont pas précipités par quelques sels exceptionnels, cyanure mercurique, iodure double de potassium et de mercure, chlorure double de sodium et de mercure. Mais des quantités d'alcalins très faibles suffisent à amener la précipitation, et *l'exception indiquée n'est qu'apparente.*

On est ainsi ramené à la théorie émise par Rabuteau, celle de l'action du mercure en nature.

D'autre part, Merget a démontré que le mercure introduit dans l'organisme, par inhalations et vapeurs, y conserve sans altération son état métallique. La valeur, l'efficacité thérapeutique d'un composé mercuriel dépendent de la facilité avec laquelle sa réduction en mercure libre s'accomplit dans l'organisme. Il faut tenir compte d'autre part de l'action toxique exercée par les transformations successives de cet agent avant qu'il arrive à l'état ultime de mercure.

L'interprétation de Mialhe, Voit, est exacte sur un point. En dehors du cas où le mercure est introduit sous forme de vapeurs à moins de 37°, le mercure et ses composés sont *toujours* transformés et aboutissent à l'état de chlorure mercurique et de chloroalbuminates avant d'être précipités par l'hémoglobine.

Merget a démontré que si l'on fait pénétrer dans l'organisme du mercure en vapeur à moins de 38°, d'une manière non continue, telle que l'élimination puisse

se faire, il n'y a absolument aucun dommage. S'il y a par suite d'une absorption trop grande des accidents, ils sont éminemment et rapidement curables.

Dans tous les autres cas, les accidents ont une tout autre importance *et toujours les lésions sont celles que produit le sublimé*, ($Hg^2 Cl^2$) *quel que soit le composé mercuriel introduit dans l'organisme.* Le calomel par exemple se transforme assez facilement en bichlorure et en mercure métallique en présence des alcalins.

Pouchet arrive à cette conclusion : le meilleur composé mercuriel est celui qui réalise le plus aisément et avec le moins possible d'offense pour les éléments anatomiques la mise en liberté du mercure réduit.

Le sérum de Chéron remplit assez bien ces indications, car il évite la formation d'un nodus et l'irritation qui en est la suite.

Du reste, il faudra toujours tenir compte de la sensibilité individuelle, qui constitue un facteur qu'on ne peut négliger chez aucun malade, et qui exige, dans chaque cas, le tact du clinicien.

Bettmann. *Le lichen plan ruber pemphigoïde*, Dermat. Zeitschrift, Bd. VIII, 1901, p. 1.

L'apparition de bulles et de vésicules au cours d'un lichen ruber plan a été vue de différents côtés. Kaposi les a vues se développer sur des lésions en voie de développement; d'autres, Unna, Hallopeau, Lavergne, Rona, Leredde, etc. les ont vues paraître sur des papules au stade d'involution. En 1892, M. Möller avait déjà réuni huit cas dans la littérature. En général il ne s'agit que de lésions isolées qui modifient peu l'aspect d'ensemble de la maladie. Bettmann a observé un cas récent chez une fillette de 12 ans atteinte d'un lichen plan étendu ; à la suite d'un traitement arsenical, on vit apparaître des bulles claires, en petit nombre, sur les points malades de la région lombaire. Elles disparurent en quelques jours. Il est possible que ces bulles aient été déterminées par l'arsenic; toutefois on n'observa aucun autre signe d'intoxication arsenicale.

Dans le cas de Kaposi, il s'agissait d'un homme de 40 ans atteint d'un lichen plan typique et chez lequel on vit paraître aussitôt des taches érythémateuses, bleu violacé, sur lesquelles survinrent des bulles pemphigoïdes; celles-ci et l'érythème disparurent en trois semaines. Kaposi admet l'existence d'un lichen ruber pemphigoïde ; il croit d'autre part que certains cas de lichen plan avec bulles sont des cas de lichen associé à un pemphigus.

Dans deux cas de Rona, comme dans celui de Bettmann, un traitement arsenical avait été suivi. Dans l'un, la présence de bulles pouvait s'expliquer par le développement d'un érythème polymorphe.

Dans l'observation de Leredde, il s'agit d'un lichen plan étendu avec plaques pigmentaires. Quelques vésicules sont disséminées sur le poignet et les extrémités inférieures. Le contenu des vésicules est alcalin, plus visqueux que celui des bulles de la dermatite de Duhring. On y trouve des lymphocytes, pas d'éosinophilie. Légère éosinophilie sanguine. Ullmann a vu un cas ayant l'aspect d'un pemphigus prurigineux chez un malade atteint d'un lichen ruber verruqueux du jarret. Eosinophilie sanguine. Dans un cas de Neuberger, une jeune fille de 22 ans est atteinte d'un lichen plan étendu qui entre en régression après un traitement arsenical énergique. Après qu'elle eut pris 180 pilules, survient une éruption bulleuse, à la face de flexion du bras gauche, la

face plantaire des pieds, la muqueuse des lèvres, régions dans lesquelles l'éruption du lichen avait été très légère ou avait manqué. Ces bulles disparurent rapidement, quoique le traitement arsenical eût été continué, même à doses plus élevées. Neuberger croit pouvoir, par suite, éliminer le rôle de l'arsenic.

Bettmann rapporte enfin une observation des plus intéressantes et des plus complètes.

Homme de 28 ans. 14 jours avant son entrée à la clinique d'Erb survient une éruption rouge avec prurit intense, d'abord aux jambes, puis sur le tronc et les bras. Il se sent malade et maigrit. Des bulles se développent alors sur les membres et le tronc.

On constate chez lui l'existence d'un lichen ruber exanthématique ne respectant que la figure, avec des plaques étendues et des papules miliaires caractéristiques. Les bulles sont surtout développées là où l'éruption atteint son maximum ; on les voit naître sur les nappes rouges, parfois sur la peau saine. Elles ont parfois le volume d'une noisette. Leur contenu est transparent. Le liquide est un peu filant, alcalin, très albumineux ; il est pauvre en leucocytes, presque tous polynucléaires ; 5 p. 100 sont éosinophiles. On ne peut cultiver de microbes. Urine normale ; système nerveux, viscères normaux. Examen du sang : Hémoglobine, 80 p. 100 ; Hématies, 4,600,000 ; Leucocytes, 7,400 ; Eosinophiles, 8 p. 100. Traitement : arsenic, etc. Pendant 3 semaines l'éruption se développe, on voit apparaître de nouvelles papules de lichen, des taches érythémateuses, des bulles. Puis l'éruption se modifie, aucun élément nouveau ne se développe, mais on voit survenir une pigmentation considérable, absente seulement dans les points où s'étaient formées des bulles.

Les questions que l'on peut poser, relatives à la formation de bulles dans le lichen plan sont au nombre de trois :

1° S'agit-il d'une forme atypique de la maladie (lichen ruber pemphigoïde) ?

2° La formation de bulles est-elle simplement le fait d'une intoxication arsenicale ?

3° S'agit-il d'une combinaison de lichen ruber et de pemphigus ?

Les trois opinions ont pu être soutenues chez un même malade et l'ont été, par exemple, chez celui de Kaposi.

Des cas où l'on observe de larges bulles nombreuses, donnent à première vue l'impression d'un pemphigus. Mais il n'y a pas de cas où on voie celui-ci survivre au lichen, de même qu'il n'y a pas de cas de pemphigus où on voie se développer un lichen plan. L'évolution n'est pas du tout celle d'un pemphigus.

L'examen du sang ne permet pas, suivant Bettmann, de trancher la question. L'éosinophilie signalée dans l'observation de Leredde a été observée par Ullmann, Bettmann. Leredde ne l'a pas trouvée chez trois de ses malades atteints de lichen plan ; mais elle a été observée également depuis. D'ailleurs, dit Bettmann, l'éosinophilie peut manquer dans le pemphigus.

L'examen des bulles ne donne pas de renseignements décisifs. Comme Leredde, Bettmann a l'impression que le liquide est plus visqueux dans le lichen ruber pemphigoïde que dans le pemphigus. Leredde n'a trouvé que des lymphocytes ; Bettmann, par contre, trouve une richesse appréciable en éosinophiles.

En somme B. croit à l'existence d'un lichen ruber pemphigoïde et non à une combinaison de lichen plan et de pemphigus.

On sait que l'arsenic, même à doses médicamenteuses, peut engendrer des éruptions bulleuses analogues à la miliaire, à l'herpès. Chez un malade atteint de lichen plan, traité par l'arsenic, chez lequel surviennent des bulles, on aura le droit de penser à une origine arsenicale, surtout s'il y a d'autres symptômes et d'autres lésions qui sont dus à l'arsenic. Dans les cas où les bulles se développent en dehors des lésions du lichen, l'arsenic peut être incriminé. Mais il existe des faits, tel celui de Bettmann, où l'éruption bulleuse se produisit sans que le malade ait pris d'arsenic.

Bettmann attire l'attention sur l'intensité des phénomènes éruptifs chez son malade, et considère la formation des bulles comme lui étant liée. C'est l'opinion de Rona, de Hallopeau et Lesourd.

Bettmann, à la fin du travail, discute la question de l'origine arsenicale ou non des pigmentations qu'il a observées chez son malade.

La présence de bulles dans un cas de lichen plan fournit des indications thérapeutiques spéciales ; on ne peut employer les antiprurigineux, tels que l'acide salicylique, qui favorisent l'apparition de bulles. On peut employer les bains tièdes prolongés, panser avec de la terre d'argile contenant 1 p. 100 d'acide acétique. La tendance très marquée des bulles à ne pas suppurer favorise singulièrement leur guérison.

CORRESPONDANCE

NATURE DU PITYRIASIS ROSÉ DE GIBERT
A propos de l'article du Dr Sabouraud. *Revue pratique*, n° 3, juin 1902 (1).

MON CHER AMI,

Vous avez publié, dans le numéro du 1er juin de votre Revue, un article de notre excellent collègue Sabouraud, sur le pityriasis rosé de Gibert. Je n'ai pas besoin de vous dire que je l'ai lu avec un vif intérêt, comme tout ce qui sort de la plume et du laboratoire de notre ami, si fécond en productions originales.

Je n'insisterai point sur son tableau clinique bien que, par la précision des détails, il soit, à divers égards, un des meilleurs que nous possédions. Je voudrais seulement signaler à votre attention quelques particularités de sa description histologique et rechercher dans quelle mesure les conclusions qu'il croit pouvoir en tirer relativement à la nature de cette maladie sont justifiées.

Sabouraud indique, au point de vue anatomique, comme essentiellement caractéristique du Pityriasis rosé de Gibert, l'existence de vésicules superficielles et profondes ; et il ajoute que, malgré sa prédominance, c'est là le phénomène le plus inconnu de cette maladie. Or, vous savez aussi bien que moi, mon cher ami, que nous avons signalé, dans notre livre, la présence de ces éléments, puisque la rédaction initiale de l'article vous appartient. Nous

(1) Lettre adressée au Dr Leredde par le Dr Hallopeau.

ne nous en sommes pas d'ailleurs attribué la découverte. Nous citons en effet Unna comme ayant décrit ces vésicules dans son traité d'histologie dermatologique ; si, d'autre part, vous voulez bien lire l'article que Neisser et Jadassohn consacrent à cette maladie, vous y trouverez également une bonne étude de ces éléments. Ils étaient donc antérieurement connus.

Je me hâte d'ajouter que Sabouraud mentionne des faits importants dont la constatation lui appartient : tels sont la présence de fibrine dans ces vésicules, le groupement à leur sommet de cellules épidermiques disposées en faisceau et orientées verticalement comme pour sortir par la vésicule ouverte, et l'afflux de nombreux leucocytes.

Sabouraud s'est occupé de déterminer les caractères de ces leucocytes et cette étude le conduit à formuler, relativement à la nature de cette maladie, des conclusions radicalement différentes de celles auxquelles nous sommes arrivés dans notre travail.

Vous avez vu, en effet, qu'il a trouvé presque exclusivement, dans les vésicules du pityriasis rosé, des mono-nucléaires, qui auraient pour fonction exclusive l'absorption des produits de dénutrition. ; les poly-nucléaires, qui seuls pourraient lutter contre les invasions de micro-organismes en les absorbant, sont absents : Sabouraud en conclut qu'il ne *s'agit pas d'une maladie parasitaire, mais d'un eczéma*.

Cette proposition est-elle justifiée ? les arguments que nous avons invoqués dans notre traité, en faveur de la théorie parasitaire doivent-ils être, par ce seul fait, considérés dorénavant comme nuls et non avenus ? Pour ma part, je ne le pense pas : je continue à considérer comme incontestable que le pityriasis rosé présente plusieurs des caractères essentiels des maladies parasitaires : il ne récidive pas ; sa marche est typique ; ses éléments éruptifs s'étendent excentriquement ; enfin, et surtout, il évolue en deux temps ; le début par la plaque isolée de Brocq, suivie, au bout de quelques jours, de l'éruption disséminée, ne peut guère s'expliquer que par une évolution parasitaire ; ce n'est pas, ce me semble, sans raison que, toutes différences gardées, je l'ai comparée, dans notre article, à celle de la syphilis. On ne saurait accorder à l'impuissance où l'on s'est trouvé jusqu'ici d'en découvrir le parasite une valeur négative. Il est certain qu'une partie des agents pathogènes ne peuvent être jusqu'ici révélés par les moyens d'investigation dont nous disposons, soit que leur petitesse soit extrême, soit qu'ils ne réagissent pas sous l'influence de nos réactifs colorants. Quelqu'un doute-t-il encore aujourd'hui de la nature parasitaire de la syphilis, bien que l'on n'ait pu encore en déterminer l'agent morbifique.

L'ensemble des données que nous venons d'énumérer, de par l'observation clinique, me paraît l'emporter de beaucoup sur l'argument tiré de l'absence des poly-nucléaires et je continuerai à considérer le pityriasis rosé comme une maladie parasitaire. Je suis heureux de constater que nous sommes ici d'accord, comme sur presque tous les points de doctrine, avec les éminents dermatologistes qui ont noms Neisser et Jadassohn, bien que nos livres aient paru parallèlement.

Les faits que nous avons invoqués en faveur de la théorie parasitaire nous paraissent d'une valeur telle que, si la catégorisation des cellules lymphatiques invoquée par Sabouraud est en désaccord avec elle, c'est que cette catégorisation n'a pas une valeur absolue et n'est pas applicable à tous les faits.

Il est un dernier point du mémoire de Sabouraud que je me permettrai de critiquer : il raye, à juste titre, l'état morbide décrit par Gibert du groupe des pityriasis, mais c'est, suivant nous, à tort qu'il le classe parmi les érythèmes ; il résulte, en effet, de sa propre étude, comme des descriptions d'Unna, de Neisser et de Jadassohn, qu'il n'y a pas seulement dans cette maladie une hypérémie, mais aussi une prolifération des éléments cellulaires : n'est-ce pas là une caractéristique d'un processus phlegmasique : on sait d'ailleurs qu'une bonne partie des éruptions décrites sous le nom d'érythèmes sont en réalité de nature phlegmasique ; mon excellent interne et ami André Jousset et moi en avons donné la preuve en ce qui concerne l'érythème polymorphe, dans un travail où nous avons montré que cette maladie pouvait aboutir au développement d'une dermatite végétante ; et je suis heureux de constituer que dans un travail récent, Kreibig est arrivé, par ses études histologiques, à formuler des conclusions identiques, l'anatomie pathologique venant ainsi confirmer les données acquises par l'observation clinique.

C'est également, d'après les faits que nous venons d'indiquer, parmi les phlegmasies qu'il faut ranger le pityriasis rosé de Gibert ; nous ne pouvons donc admettre avec Sabouraud que cet état morbide doive être désormais décrit parmi les érythèmes vésiculeux.

On ne pourra lui trouver une qualification scientifique que le jour où l'on sera parvenu à en déterminer la nature. D'ici là, je vous demanderai, si nous avons lieu itérativement de nous en occuper de concert, de substituer à la dénomination de pityriasis rosé celle de *maladie de Gibert* et de continuer à l'étudier avec les phlegmasies d'origine parasitaire.

Formulaire Thérapeutique

IX. — Les Colles.

—

Les colles de zinc ont été préconisées pour la première fois par Pick. A la même époque, Unna poursuivait de son côté des recherches analogues et proposait également l'emploi de la gélatine comme excipient de substances médicamenteuses. Depuis, l'emploi des pâtes de zinc s'est généralisé. Elles sont en France d'un usage courant ; elles constituent un agent des plus utiles en dermatologie et sont propres à rendre de nombreux services.

Composition. Les colles de zinc sont constituées essentiellement par un mélange de gélatine, d'oxyde de zinc, d'eau et de glycérine. Dans la préparation proposée par Pick, la glycérine ne faisait pas partie de la colle elle-même, mais était surajoutée à celle-ci, après son application sur la peau, au moyen d'un nouveau badigeonnage. L'enduit obtenu était dans ces conditions sec et cassant. Dans la colle de zinc de Unna, au contraire, la gélatine entre dans la préparation même du médicament.

La formule publiée par Menahem Hodara (*Monatshefte f. prakt. Dermat.* 1894, t. XVIII), est la suivante:

Gélatine blanche..	aa	— 12 gr. 50
Glycérine........		
Oxyde de zinc......		— 20 gr.
Eau...............		— 55 gr.

(colle molle, fondant à 37°, 7)

ou :

Gélatine blanche.....	— 15 gr.
Glycérine...........	— 10 gr.
Oxyde de zinc.......	— 25 gr.
Eau.................	— 50 gr.

(colle dure, fondant à 38°, plus rétractile que la précédente).

En France, la formule usitée est celle de l'hôpital Saint-Louis :

Grénétine (gélatine pure..........	aa 125 gr.
Gélatine..........	
Glycérine.........	aa 300 gr.
Eau..............	
Oxyde de zinc.......	— 100 gr.

La gélatine et la grénétine, gonflées au préalable dans l'eau et soigneusement hydratées sont mises à fondre au bain-marie, filtrées sur de la gaze et versées dans le mélange de glycérine et d'oxyde de zinc, préparé à l'avance.

Cette formule est facile à exécuter et satisfaisante au point de vue thérapeutique.

Citons cependant encore, pour être complet, la formule de gélatine médicamenteuse proposée par Thibierge, qui se rapproche beaucoup de celles des colles, que nous venons de rapporter :

Gélatine...........	— 150 gr.
Grénétine...........	— 100 gr.
Gomme arabique....	— 5 gr.
Glycérine.........	aa — 300 gr.
Eau bouillie.......	
Oxyde de zinc.......	— 100 gr.
Phénosalyl..........	— 2 gr.

Toutes ces formules sont celles des colles de zinc simples ; mais on peut également faire des colles médicamenteuses, en incorporant des agents actifs à la colle ordinaire.

C'est ainsi qu'on peut incorporer à celle-ci de 5 à 10 p. 100 des substances suivantes : soufre, chrysarobine, résorcine, créosote, ichtyol, acide phénique, acide salicylique. L'acide pyrogallique et les sels mercuriels, décomposant la gélatine, ne peuvent lui être incorporés.

* * *

Mode d'emploi. — La colle de zinc, conservée durcie dans un récipient métallique, ou vendue en lames, en plaques, par les pharmaciens, doit être ramollie au moment d'être employée.

Pour cela, on la fait fondre au bain-marie. Il faut choisir pour l'appliquer le moment où elle est devenue suffisamment liquide pour être facilement maniable, mais où elle n'est pas encore trop chaude, sa brûlure étant des plus pénibles pour la peau.

On enduit les surfaces à recouvrir de colle, soit avec une baguette de verre, soit, mieux encore, avec un pinceau très large.

Immédiatement après, on recouvre très légèrement avec un peu de ouate et l'on tamponne, de façon que de minces flocons de ouate adhèrent à la colle au moment où celle-ci se refroidit et se solidifie.

Le revêtement ainsi obtenu est souple, très adhérent à la peau, très doux au toucher et nullement désagréable pour le malade. On ne saurait mieux comparer l'impression qu'il donne qu'à celle de la peau de gant de Suède.

Il peut être conservé pendant une semaine par le malade, sans se détacher, si l'application a été bien faite.

Ce revêtement est très facile à enlever ; on le détache par lambeaux, qui viennent facilement à une traction assez faible. La gélatine médicamenteuse de Thibierge se détache aisément dans un grand bain accompagné d'un savonnage.

* * *

Propriétés.

La colle de zinc peut être considérée comme un agent décongestionnant et antiprurigineux. L'enduit qu'elle forme à la surface de la peau, moulé sur celle-ci, est élastique et rétractile. Il comprime donc légèrement les tissus sous-jacents et peut hâter la résorption d'un œdème peu important. En outre la colle de zinc

est perméable à la perspiration cutanée. D'après Leistikow elle accélère même l'évaporation des sécrétions cutanées et serait donc un agent décongestionnant, un véritable antiphlogistique.

Il ne faut pourtant pas oublier que la colle de zinc, imperméable aux liquides, ne doit jamais être appliquée au niveau d'une surface suintante, sous peine de former un pansement occlusif et, par suite, dangereux.

Mais l'action peut-être la plus remarquable de la colle de zinc est son action antiprurigineuse. Sans que le mécanisme de cette action ait été élucidé complètement, il est d'observation courante que l'application d'une colle de zinc peut suffire à calmer un prurit très violent. Cette sédation des phénomènes prurigineux peut n'être que momentanée, mais peut aussi être durable et se maintenir aussi longtemps que la colle est appliquée.

*
* *

Indications.

De cette action antiprurigineuse, découlent les indications de la colle de zinc. On l'a employée avec succès dans le traitement des dermatoses prurigineuses : prurigos diathésiques, prurigo de Hebra (Tenneson), prurits localisés, lichen et lichénisations. Il est certain qu'on peut en obtenir d'excellents résultats et nous y avons eu souvent recours nous-même. Mais à notre avis, elle ne constitue en somme qu'une thérapeutique symptomatique, et toutes les fois qu'on le pourra, on devra lui préférer une thérapeutique causale : nous entendons par là que l'application de colle de zinc n'agit que sur le phénomène prurit, et ne modifie nullement l'état de la peau, et les lésions de celle-ci, qui peuvent engendrer de nouveau le prurit, comme dans les lichens. Toutes les fois qu'on le pourra, on devra préférer l'emploi des réducteurs forts, (Leredde) et, par exemple, de la résorcine, sous forme de cure d'exfoliation, qui, en même temps qu'ils calment le prurit, modifient profondément l'état cutané. Cependant, quand les lésions seront trop étendues ou trop irritées, l'emploi des colles pourra rendre de grands services.

Les indications de l'emploi des colles sont, en somme, encore très vagues. Dans le traitement du prurit les conditions physiques, telles que perméabilité de la peau exagérée ou diminuée, circulation plus ou moins active, état de sécheresse de la peau etc... jouent un rôle capital. Il est tel cas où ces conditions physiques seront heureusement modifiées par les colles et où le prurit disparaîtra, grâce à celles-ci ; mais dans d'autres cas, elles se montreront inefficaces et la sédation du prurit sera obtenue par l'emploi des pâtes ; dans d'autres cas encore on devra graisser la peau (Leredde). Rien ne permet à l'avance de prévoir lequel de ces modes de pansement se montrera le plus actif. Ce n'est souvent que par un tâtonnement de quelques jours qu'on arrivera à le déterminer.

Quant aux colles médicamenteuses, leur emploi est généralement abandonné aujourd'hui.

On a reconnu que les agents qui y étaient incorporés n'exerçaient qu'une action insignifiante. On préfère aujourd'hui badigeonner les lésions avec une solution ou une teinture médicamenteuse, puis recouvrir de colle de zinc pour fixer l'enduit médicamenteux à la surface de la peau. Elle peut ainsi remplacer la traumaticine.

Enfin, pour fixer par les bords un petit pansement, par exemple pour maintenir un peu de coton stérilisé à la surface d'une plaie la colle de zinc peut rendre des services. Moins rétractile, tiraillant moins les tissus, plus souple en même temps que le collodion, elle peut le remplacer avec avantages.

L. Pautrier.

Le Mans.—Imprimerie de l'Institut international de Bibliographie de Paris.—IX-1902, n° 1061.

REVUE PRATIQUE

DES MALADIES CUTANÉES, SYPHILITIQUES ET VÉNÉRIENNES

Le Gonocoque.

Par **W. SCHOLTZ**, privatdocent à Königsberg.

Traduit de l'Allemand par **Marcel Sée**, assistant de Consultation à l'hôpital Saint-Louis (1).

En l'an 1879, NEISSER trouva dans les sécrétions blennorrhagiques, grâce à la coloration par les couleurs d'aniline, d'emploi alors nouveau en bactériologie, des *diplocoques* particuliers ; en raison de leur présence constante dans le pus gonorrhéique et de leur absence dans toutes les autres sécrétions, il les présenta comme le facteur causal de la blennorrhagie ; plus tard, il les nomma *gonocoques*.

Tous les observateurs subséquents purent confirmer pleinement les observations de Neisser : la *culture* du microbe, obtenue au bout de quelque temps par BUMM, l'*inoculation* de générations successives de ces cultures, pratiquée avec succès sur l'urèthre humain, mirent hors de doute la valeur étiologique de ces coccus ; elles établirent en même temps à l'abri de toute objection la spécificité, encore contestée de diverses parts, de l'affection blennorrhagique, ainsi que sa nature infectieuse.

Dans le *pus blennorrhagique*, les *gonocoques* se montrent presque exclusivement sous la forme de *diplocoques*, dont les éléments accouplés s'opposent une face *aplatie* et ne sont séparés que par une fente très étroite, droite ou même légèrement ovale : d'où la forme comparée d'abord à celle d'un « *semmel* » (2), puis avec plus de justesse, à celle d'un *grain de café*.

La grosseur de chaque coccus ne s'écarte pas notablement de celle des coccus pyogènes ordinaires ; elle mesure en moyenne 1,25 μ en longueur, 0,70 μ en largeur.

Dans le pus blennorrhagique, les *diplocoques* ainsi conformés ne se trouvent en général pas isolés, mais réunis en amas irréguliers ; particulièrement *caractéristique est leur situation à l'intérieur de leucocytes polynucléaires*. D'ordinaire même, le plus grand nombre, et de beaucoup, est intracellulaire ; de nombreux corpuscules du pus en sont tellement bourrés, que la forme des cellules est nettement reconnaissable, sans coloration du protoplasma ; maints leucocytes ont lit-

(1) Ce travail, dû à un auteur particulièrement compétent, ancien assistant de Neisser, est extrait de l'*Encyclopœdie der Hautund Geschlechtskrankheiten* de LESSER.

(2) Sorte de petit pain fendu (M. S.).

téralement éclaté et leurs parasites se sont répandus autour d'eux. Que les gonocoques soient réellement *à l'intérieur* des leucocytes, et non pas seulement appliqués dessus, c'est ce que montre déjà le fait que lorsque l'on colore le protoplasma, les coccus n'empiètent en aucun point sur le contour cellulaire. Il n'est pas rare de trouver des diplocoques isolés, à l'intérieur de leucocytes, entourés d'un espace clair que l'on peut interpréter comme une capsule muqueuse, ou peut-être comme une formation vacuolaire. A l'intérieur du *noyau*, il n'existe jamais de gonocoques ; mais on voit çà et là, à la périphérie du noyau, de petites crénelures, dans lesquelles pénètrent quelques microbes isolés.

Comme le montrent les coupes, quelques leucocytes chargés de gonocoques se trouvent déjà dans les couches profondes de la muqueuse; mais la plupart des parasites sont sans doute englobés par les leucocytes à la surface. On peut s'en convaincre facilement par une manœuvre que nous avons souvent pratiquée : il suffit, peu après la miction, de râcler légèrement la muqueuse pour prendre un peu de sécrétion et l'examiner. On voit alors, à côté de leucocytes et de cellules épithéliales, de nombreux gonocoques, presque exclusivement *extra-cellulaires* ; les uns sont dispersés ou en petits amas, les autres appliqués sur des cellules épithéliales. Ce fait n'est pas sans importance pratique : chez les personnes qui, pour dissimuler leur chaudepisse, cherchent à laver leur canal en s'injectant ou en urinant peu avant l'examen, — des prostituées par exemple, — on est maintes fois obligé de se procurer de cette façon les matériaux d'examen; souvent alors, dans les préparations, on chercherait en vain la situation caractéristique des gonocoques dans les cellules.

Les *leucocytes* jouent donc sûrement, vis-à-vis du gonocoque, le rôle de *phagocytes* : il n'est guère possible d'admettre une véritable multiplication des parasites à l'intérieur des cellules de pus, comme on l'avait souvent soutenu jadis. Sans parler de ce qu'il y aurait là de contradictoire avec tout ce que nous ont appris, sur l'action des leucocytes, les observations et les études antérieures, nous n'avons jamais pu, ni dans les gouttes suspendues, ni dans les tubes, surprendre une semblable multiplication intracellulaire ; bien au contraire les gonocoques, dans le pus, périssaient toujours relativement vite.

Cela dit, il n'est pas rare de trouver les gonocoques appliqués sur les *cellules épithéliales,* d'une façon très particulière. C'est surtout au stade tardif de l'affection, quand la suppuration se tarit, comme dans les préparations recueillies par râclage de la muqueuse, que l'on trouve des images de ce genre, très caractéristiques. Les gonocoques sont si régulièrement ordonnés sur la surface des cellules épithéliales, qu'ils justifient la comparaison avec un pavage. Cet aspect répond à la multiplication et à la *division du gonocoque dans un même plan et suivant deux directions perpendiculaires*.

Les gonocoques, dans les préparations de pus, se *colorent* très bien par toutes les couleurs usuelles d'aniline ; on ne peut plus approprié est l'emploi du bleu de méthylène de Löffler, qui colore les coccus rapidement et d'une façon spécialement intense. Dans la pratique, la manière suivante de procéder se recommande pleinement par sa simplicité et sa rapidité :

Étalement du pus en couche *mince* sur une *lame porte-objet*.

Coloration d'environ 1/2 minute avec le bleu de méthylène de Löffler.

Lavage à l'eau et séchage au papier buvard. Après déshydratation complète, examen sans lamelle dans l'huile à immersion.

Les gonocoques ressortent très nettement après les doubles colorations, comme celles de Pick-Jakobsohn, Schœffer et Lanz : ces méthodes sont souvent employées avec avantage pour trouver des gonocoques très clairsemés ; mais, pour la pratique courante, elles sont un peu compliquées et l'on peut fort bien s'en passer.

La coloration de Pick-Jakobsohn se fait en un temps au moyen du mélange colorant suivant :

Eau..................................	20 centimètres cubes.
Fuchsine................................	XV gouttes.
Bleu de méthylène alcoolique concentré.	VIII gouttes.

Il suffit de laisser agir le mélange pendant environ une demi minute.
La coloration de Schaeffer se pratique en deux temps, mais donne d'encore plus belles images. La technique est la suivante :

1° Coloration de 10 à 20 secondes avec de la fuchsine phéniquée très diluée (1 p. 20) ; — différenciation et 2e coloration avec une solution à 1 p. 100 d'éthyléndiamine, additionnée de quelques gouttes de bleu de méthylène, jusqu'à coloration bleu-clair du mélange.

Par ces deux méthodes, les gonocoques prennent une coloration intense d'un bleu foncé allant jusqu'au noir, les noyaux sont bleu clair, le protoplasma rougeâtre. Mais ces colorations n'ont aucune valeur pour le diagnostic différentiel, car d'autres coccus les prennent de la même façon.

Par contre, la propriété qu'a le gonocoque, soumis à la méthode de Gram, de se décolorer rapidement, est d'une grande importance diagnostique, d'autant plus que dans l'urèthre on ne connaît pas jusqu'ici de coccus semblable au gonocoque qui se comporte ainsi.

Sans doute, on a souvent avancé que la décoloration du gonocoque par le Gram n'est pas constamment aussi sûre ni aussi complète ; la valeur de l'épreuve a été ainsi mise en question et nombre de petites modifications ont été proposées.

Notre opinion, basée sur de nombreuses expériences, est que les résultats de la méthode de Gram dépendent surtout de deux facteurs : *préparations assez minces et bien également étalées*, — *violet de*

gentiane aniliné bon et frais. Quant au reste, nous opérons, comme dernièrement l'a déjà fait Weinrich, exactement suivant les anciennes instructions de Gram ; avant tout, nous évitons tout lavage à l'eau entre les dernières étapes. La méthode peut donc être ainsi décrite : les préparations *minces et bien étalées* sont colorées 1/2 à 1 minute avec la solution concentrée fraîche de violet de gentiane aniliné ; puis, sans lavage à l'eau, elles sont traitées 1/2 à 1 minute par la solution iodo-iodurée (1 : 2 : 300) ; — enfin, toujours sans lavage, elles sont décolorées à l'alcool *absolu*, jusqu'à ce qu'elles paraissent macroscopiquement blanches (pour les préparations minces, il suffit d'environ 1/2 minute) ; alors on les lave à l'eau et on fait la double coloration au brun de Bismarck ou à la fuchsine très diluée (1 : 20), laissés peu de temps, jusqu'à ce que la préparation paraisse légèrement brune ou rose.

Les coccus pyogènes etc. apparaissent ainsi d'un violet intense, les *gonocoques* et les noyaux légèrement colorés en brun ou en rouge clair. Il arrive souvent que ces préparations aient été d'abord colorées au bleu de méthylène, puis décolorées à l'alcool chlorhydrique etc. et alors seulement soumises au Gram pour le contrôle : nul doute que la méthode n'offre alors souvent plus la même sécurité. Il faut donc se faire une règle de ne pas soumettre auparavant à d'autres colorations et décolorations les préparations destinées au Gram.

La *culture* du gonocoque, essayée sur les milieux usuels, échoua d'abord ; le premier, Bumm obtint sur du *sérum sanguin humain coagulé* légèrement, des cultures gonococciques certaines. Mais, même sur ce milieu, on obtient difficilement des cultures ; elles sont toujours très discrètes et, en règle, périssent tôt.

Ce n'est que depuis les fructueuses recherches de Wertheim, que nous disposons d'un milieu sur lequel les gonocoques viennent facilement et sûrement ; c'est depuis lors que leur isolement, dans les sécrétions que ne souillent pas trop de saprophytes, peut être pratiqué par tout opérateur tant soit peu exercé.

Wertheim employait un mélange d'une partie de sérum sanguin humain et de deux parties de gélose au bouillon de viande peptonisé ; il ajoutait à la gélose, fondue et refroidie vers 45°, la quantité nécessaire de sérum. Comme il est essentiel que *le sérum ne se coagule pas*, le mélange ne peut se faire à une haute température, et, point essentiel, la *stérilisation* du milieu par la chaleur est impossible. Aussi le sérum sanguin doit-il autant que possible être recueilli stérile ; s'il y a lieu, les germes peuvent tout au plus, sans inconvénient, être stérilisés par le chauffage discontinu à 50-55°. D'ailleurs, Wertheim employait la *méthode des plaques* de Koch. Or, le gonocoque, aux températures supérieures à 40°, souffre beaucoup ou meurt, et cela même après une exposition peu prolongée ; d'autre part on sait que l'agar fondu se solidifie de nouveau vers 39 ou 40° ; aussi l'ense-

mencement et le coulage en plaques doivent-ils être effectués le plus vite possible et à 39 ou 40° au plus. Malgré tout, cette méthode des plaques est par elle-même toujours incommode : si courte qu'elle soit, l'exposition à 39 ou 40° est souvent funeste au gonocoque ; puis, très avide d'oxygène, celui-ci pousse surtout à la surface du milieu, tandis que les colonies profondes se développent mal. Ces inconvénients firent bientôt abandonner la manière de procéder de Wertheim. Aujourd'hui, on lui préfère presque toujours *l'ensemencement en strie sur le sérum-agar solidifié en tubes inclinés* (une partie de sérum humain pour 2 d'agar nutritif à 1 1/2 ou 2 p. 100). Au lieu de sérum sanguin, on emploie encore avec succès *d'autres sérosités humaines*. En général les divers exsudats (hydrocèle, pleurésie, kystes etc.) conviennent mieux, en raison de leur plus grande richesse en albumines, que les transsudats (ascite par exemple) ; néanmoins leur provenance ne crée pas entre ces milieux de différence essentielle. Pourtant, il importe de savoir que les unes ou les autres de ces sérosités peuvent exceptionnellement, en dépit d'une teneur suffisante en albumine, ne donner que des milieux mauvais pour le gonocoque ou tout à fait impropres à sa culture ; les raisons en sont encore inconnues, mais il faudrait les rechercher dans la composition chimique de ces liquides. Quoi qu'il en soit, on fera bien d'essayer préalablement un milieu donné, avant de l'employer pour des expériences ultérieures.

Il est souvent difficile de se procurer stériles des sérosités humaines. C'est pourquoi, surtout dans ces dernières années, on a préconisé un grand nombre de nouveaux milieux pour le gonocoque ; mais dans une longue série d'expériences comparatives que nous avons entreprises, ils se sont constamment montrés *inférieurs* à l'agar-sérum de Wertheim.

C'est d'abord l'*agar au sang* d'Abel, c'est-à-dire l'agar au bouillon, solidifié en tubes inclinés, sur lequel on étale une goutte de sang humain. Il a le grand avantage de pouvoir être préparé facilement, mais la croissance du gonocoque y est peu abondante et peu sûre. Le développement n'est guère meilleur sur la gélose additionnée, au lieu de sérosité humaine, de sérum de bœuf, de lapin, de porc, etc. Il en est de même de l'agar au sérum de porc et à la nutrose, préconisé par Wassermann, dans le but de rendre le sérum de porc incoagulable et d'en permettre par suite la stérilisation ultérieure.

Le sérum pur de lapin, employé par Christmas, ne nous a pas paru plus fidèle. Tous ces milieux suffisent bien pour le *repiquage* des cultures, surtout d'ancienne génération ; ils ne conviennent guère pour leur *isolement* en partant du pus, étant donné le faible pouvoir végétatif du gonocoque et son facile étouffement par les germes étrangers. En revanche, sur un *bon* milieu d'agar-sérum (ascite, hydrocèle, pleurésie), cet isolement n'a jamais échoué entre nos mains, lorsque nous avons ensemencé du pus de l'urèthre mâle, où le microscope

montrait des gonocoques, même peu nombreux. Il semble même que sur un tel *bon* milieu, la recherche par la culture surpasse encore en finesse l'examen microscopique direct. Il importe seulement pour la réussite de purifier autant que possible, par un lavage à l'eau chaude, le méat et la fosse naviculaire, — afin d'éliminer les saprophytes qui y végètent constamment, — et de porter les tubes, aussitôt ensemencés, dans l'étuve maintenue à une température *constante* entre 35 et 37°.

Dans la blennorrhagie aiguë, il est de règle, en opérant ainsi, d'obtenir des *cultures* à peu près *pures* de gonocoques.

Grâce à la culture du gonocoque, nous possédons maintenant des points de repères sur les détails de sa biologie.

On l'a vu, le gonocoque prospère sur les milieux artificiels surtout entre 35 et 37°; au dessous de 30° et au dessus de 39° C., on ne peut plus en général constater aucune végétation. Sur les *plaques*, on voit déjà, à 20-24°, de petites colonies en gouttelettes, qui n'atteignent pas la grosseur d'une tête d'épingle. Elles sont presque *transparentes*, *grisâtres* et difficiles à distinguer macroscopiquement de celles du streptocoque ou d'autres semblables. Même *microscopiquement* elles n'ont rien de très caractéristique. Les *profondes* sont nettement circonscrites, d'aspect légèrement grenu, uniforme, de couleur brunâtre. Les colonies superficielles sont un peu particulières. Elles ont un aspect moins régulier, un bord légèrement ondulé ou crénelé et une zône d'extension périphérique mince. Les colonies voisines ne confluent pas, mais arrivent seulement au contact des unes des autres : la « nappe gonococcique » dans son ensemble prend ainsi un aspect comparable à celui de la glace craquelée.

Chaque colonie est formée d'une masse assez visqueuse : aussi l'anse de platine l'enlève-t-elle souvent toute entière.

Très c aractéristiques sont les préparations par frottis des cultures.

Dans les préparations de colonies jeunes, — 20 à 23 heures — se voient presque exclusivement des coccus bien colorés, réunis pour la plupart en petits amas, à forme de diplocoques nette, moins frappante pourtant que dans les préparations de pus. Un petit nombre de coccus affectent déjà des formes de dégénération, caractérisées surtout ici par leur gonflement et d'ordinaire par leur mauvaise coloration. Mais déjà après 36 heures, ces formes se multiplient ; après 2 ou 3 jours on ne trouve plus que quelques diplocoques épars qui soient de figure normale et bien colorés ; à côté d'eux, des formes de dégénération très prononcées, et le reste de la culture n'est constitué que par une masse faiblement colorée, assez régulièrement granuleuse, où l'on ne reconnaît plus d'éléments microbiens. Très particulières et instructives sont aussi les *lamelles plaquées*, faites avec des cultures de 24 à 36 heures. On y voit une zone périphérique, colorée d'une façon intense, avec de beaux diplocoques nets ; tandis qu'en allant vers le centre,

la coloration devient de plus en plus faible, le nombre des formes de dégénération augmente, et au milieu on ne peut presque plus distinguer de coccus.

Toujours la méthode de Gram décolore les préparations de cultures gonococciques, rapidement et nettement; avec un frottis *mince* et régulier, il suffit de laisser agir l'alcool pendant 20 à 30 secondes. A côté de cette propriété morphologique et tinctoriale si caractéristique, le gonocoque en possède une autre, relative à sa culture, et qui est d'une haute valeur pour sa *détermination*. C'est celle de pousser exclusivement sur les milieux cités plus haut, en particulier sur ces mélanges de sérosités humaines et d'agar, tandis que sur les *milieux usuels*, gélose, gélatine, bouillon et sérum de bœuf coagulé *ne se fait pas le moindre développement*. Il n'y a que lorsque le gonocoque a été repiqué pendant longtemps sur des milieux artificiels, que l'on voit de petites exceptions à cette règle.

Le gonocoque est extrêmement sensible vis-à-vis des facteurs nuisibles extérieurs, spécialement des trop hautes températures. Des températures supérieures à 41° le tuent en peu d'heures, et une dessiccation modérée suffit à le faire périr rapidement. A l'état humide, en particulier dans l'eau chaude (*bains*), il peut néanmoins rester plus de 24 heures vivant et infectieux. Il est relativement résistant aux moyens *chimiques*, notamment aux antiseptiques.

D'après les recherches effectuées au laboratoire de Neisser à Breslau, on peut dresser le tableau suivant des divers désinfectants en concentration permettant leur emploi dans l'urèthre, au point de vue de leur pouvoir bactéricide vis-à-vis du gonocoque.

AGENT EMPLOYÉ	TITRE	ACTION PENDANT	
		5 Minutes	10 Minutes
Nitrate d'Argent »	1 : 1000 1 : 3000	O Abondamment	O Abondamment
Argentamine »	1 : 2000 1 : 4000	O O	O O
Sublimé avec NACL (1 : 10) »	1 : 10000 1 : 20000	Quelq. colonies »	1-2 colonies 4-5 »
Permanganate de Potasse »	1 : 1000 1 : 1000	Abondamment »	Abondamment »
Sulfate de Zinc	1 : 400	Abondamment	Abondamment
Sulfoichtyolate d'ammoniaque »	1 : 100 2 : 100	Plus. colonies 2-3 colonies	1 colonie O
Résorcine »	2 : 100 4 : 100	Assez Abondamment Peu	Peu O

L'action la plus énergique semble donc appartenir aux *sels d'argent* ; en fait, leur emploi méthodique donne les meilleurs résultats thérapeutiques. Il n'est pas sans importance de noter que les *albuminates d'argent* qui se forment dans l'urèthre, entravent aussi, à un haut degré, le développement du gonocoque. Des combinaisons argentiques de cette espèce persistent pendant des heures dans l'urèthre, après une injection de nitrate d'argent ou de protargol ; après des injections *prolongées*, en particulier, nous les avons retrouvées dans la sécrétion uréthrale, au bout de 12 et 15 heures.

En résumé, le *diagnostic* « gonocoque », à l'examen d'une *lamelle de pus* blennorrhagique, repose non seulement sur la *forme des diplocoques*, mais surtout sur leur *disposition* et leur *siège* caractéristique *dans les leucocytes* et à la surface des cellules épithéliales,— et sur leur propriété de se décolorer rapidement et complètement par la *méthode de Gram*. — La *culture* permet une identification plus sûre encore, non seulement en raison de l'aspect des colonies, mais encore des caractères des *préparations sur lamelles* (formes dégénératives, décolorations par le Gram), du peu de résistance des cultures, et surtout de la propriété que possède le gonocoque de ne croître que sur les milieux qu'on pourrait appeler gonococciques, et à une certaine température. Eventuellement, l'expérimentation sur l'animal peut encore rendre des services. Lorsque nous voulons, par la culture, arriver à la certitude sur un cas de blennorrhagie, où à côté des gonocoques sont en jeu d'autres bactéries en abondance, — par exemple, une vieille uréthrite, une blennorrhagie rectale ou cervicale, — nous opérons généralement comme il suit. Nous ensemençons, avec le même produit pathologique, quelques tubes de gélose-ascite, quelques autres de gélose ; au bout de 20 à 30 heures. nous enlevons avec l'anse de platine toutes les colonies paraissant à l'œil un tant soit peu suspectes : en fait, nous en prenons toujours plusieurs à la fois, sans nous inquiéter de savoir si par hasard, dans cette manipulation, nous n'atteignons pas d'autres colonies ; cette prise nous sert à faire des préparations. Nous agissons identiquement de même avec les cultures sur gélose.

Les préparations obtenues sont traitées par la méthode de Gram, et recolorées à la fuchsine faible. Si dans les préparations de cultures sur gélose-ascite, ne se voient pas de coccus colorés en rouge, l'expérience est terminée : la culture n'a *pas* décelé de gonocoques. Si, au contraire, il y a des microbes ayant l'aspect du gonocoque et teints en rouge, on examine de la même façon les préparations de culture sur gélose : pour peu que dans aucune d'elles, ne se trouvent des coccus semblables, nous considérons comme établie la constatation du gonocoque. Nous nous évitons ainsi, en pareil cas, l'isolement pénible, long et souvent presque impossible de colonies gonococciques prises individuellement.

Le *gonocoque* garde sa *virulence* intacte dans les *cultures* jusqu'à des générations avancées, et dans la *blennorrhagie chronique* on ne connaît rien qui indique une atténuation du virus. Il n'existe pas davantage d'*immunité* congénitale ou acquise ; la cause du stade dit chronique de la blennorrhagie doit être cherchée ailleurs : il arrive simplement que les gonocoques, en petit nombre dans le canal, *ne peuvent plus se multiplier abondamment, par une sorte d'accoutumance ou d'adaptation á telle muqueuse uréthrale en particulier* ; cependant que portés dans un urèthre étranger, ils se remettent aussitôt à pulluler sans frein et occasionnent une inflammation aiguë. D'autre part, des gonocoques de provenance *étrangère*, reçus par un urèthre atteint de blennhorragie chronique, y prolifèrent immédiatement avec activité et y déterminent de nouveau une blennorrhagie aiguë.

Tous les expérimentateurs échouèrent dans *les recherches entreprises pour étudier le pouvoir pathogène du gonocoque sur les animaux*, tant que leurs recherches tendirent à *infecter* réellement les sujets, c'est-à-dire à obtenir une multiplication des gonocoques dans l'organisme de ceux-ci. Non seulement toutes les *muqueuses* des animaux se montrèrent absolument *réfractaires* à l'inoculation gonococcique, mais encore l'injection *sous-cutanée* et *intra-péritonéale* de cultures pures en petites quantités resta sans résultat. Ce n'est que dans ces dernières années que l'on a renoncé à ces vaines tentatives, et que l'on s'est plutôt occupé d'étudier expérimentalement l'action sur les animaux des *poisons gonococciques*. Ces recherches, entreprises en première ligne par Christmas, Wassermann, Nicolaysen, Schaeffer, Scholtz, etc., ont abouti à la conclusion suivante : *dans les corps microbiens même* existe un poison — une *protéine* bactérienne, — dont l'injection *dans le péritoine* et sous la peau des animaux, notamment des cobayes et des souris blanches, les tue au milieu de symptômes caractéristiques. Des cobayes qui ont reçu une injection péritonéale d'une certaine abondance, meurent sans exception en 20 à 30 heures ; à l'autopsie, en dehors d'une légère rougeur du péritoine, d'un exsudat tantôt très discret, tantôt assez abondant, visqueux plutôt que purulent, ils ne montrent aucune lésion organique remarquable.

Christmas, augmentant prudemment la dose injectée à des lapins et surtout à des *chèvres*, a pu dans une certaine mesure les *immuniser* contre la *gonotoxine* ; il aurait même obtenu au moyen des animaux ainsi préparés, un *sérum*, faiblement *immunisant*. Quant à nous, il nous a été impossible de trouver, dans le sang de malades atteints d'infection générale blennorrhagique, aucune substance douée d'une action spécifique sur le gonocoque (lysine, agglutinine etc).

La *toxine* est, comme on vient de le voir, contenue dans les *corps microbiens* même ; mais par suite de la mort rapide des gonocoques,

elle se répand assez vite dans le liquide de culture; aussi en trouve-t-on toujours une petite quantité dans le filtrat de cultures peu âgées. On peut l'y précipiter par l'*alcool*. Comme les toxines bactériennes en général, la gonotoxine supporte sans inconvénient une exposition peu prolongée à des *températures d'environ 100°*.

La toxine exerce aussi un effet remarquable sur l'*urèthre humain*. Si on l'injecte dans l'urèthre, sous forme d'émulsion ou de solution, et qu'on l'y laisse agir 5 à 10 minutes, elle détermine au bout de 5 à 10 heures une *suppuration*, qui *cesse* au bout de 24 heures environ, et ne se distingue en rien, si ce n'est par l'absence de gonocoques, d'une vraie blennorrhagie.

Mais cette « réaction » n'est pas propre à la seule gonotoxine, car dans d'autres bactéries, comme le *staphylocoque* et le *pyocyanique* existent des corps qui se comportent de la même manière, ainsi que l'ont montré les premiers Kraus et Grosz.

La conclusion légitime de ces faits, c'est que le gonocoque n'engendre pas la chaudepisse en vertu d'une action spéciale de ses toxines, mais grâce à la propriété qu'il possède, *porté sur la muqueuse uréthrale, d'y prendre pied rapidement et sûrement et d'y pulluler indéfiniment*; au contraire les staphylocoques et les autres bactéries, même introduits dans l'urèthre en grande quantité, sont incapables d'y coloniser. Ils sont rapidement éliminés, et tout en produisant des poisons aussi actifs, *n'occasionnent pas* une uréthrite durable.

Mais si la muqueuse, à la suite d'une longue blennorrhagie, présente des *altérations* préalables, alors il semble que d'*autres bactéries* peuvent dans une certaine mesure croître sur elle, et ainsi, à leur tour, *y entretenir chroniquement un léger état inflammatoire*. C'est pourquoi nous trouvons l'urèthre, dans l'uréthrite chronique, si différent de l'urèthre normal au point de vue de sa richesse bactérienne.

Il faut donc se garder de vouloir conclure, de traces de sécrétion ou de filaments urinaires, à la *présence actuelle* de gonocoques : la seule conclusion permise est celle d'une *infection gonorrhéique antérieure*.

Comme on l'a vu dans la discussion sur les expériences faites avec les toxines gonococciques, *le gonocoque n'est infectieux que pour l'homme*. Mais les recherches bactériologiques de ces dernières années ont montré que le nombre des affections imputables au gonocoque, est beaucoup plus grand que l'on n'était auparavant porté à l'admettre.

Le gonocoque est *avant tout un parasite des muqueuses* et le plus souvent n'occasionne de manifestations morbides que sur elles et dans leur voisinage immédiat; mais, dans des cas assez rares, il pénètre plus profondément dans les tissus, se répand même à dis-

tance dans l'organisme, par la voie de la circulation sanguine, et devient la source de véritables *métastases* et *d'infection généralisée*. Parmi les *muqueuses* sensibles à l'infection gonococcique viennent en première ligne celles de l'*urèthre* et du *col utérin*, moins souvent celles de la conjonctive, de la vulve et du *vagin*, de la vessie et du rectum, très rarement celles de la bouche. D'ailleurs la susceptibilité de ces muqueuses varie, suivant l'âge, d'une façon très accentuée.

Chez l'*enfant*, c'est la *conjonctive* et la muqueuse *vulvo-vaginale* qui accueillent le plus volontiers l'infection blennorrhagique : c'est ce qu'explique leur contexture délicate à cet âge. Chez l'adulte, c'est l'*urèthre* et le *col utérin* qu'on voit le plus souvent atteints, tandis que la conjonctive ne l'est que d'une façon relativement rare, et que la muqueuse vaginale semble avoir une réceptivité pour ainsi dire nulle.

Comme l'ont montré surtout les recherches de Bumm et de Finger, les gonocoques, portés sur la conjonctive ou sur la muqueuse uréthrale, pénètrent dans les couches superficielles de l'épithélium, souvent au bout de quelques heures, toujours, en tout cas, avant que peu de jours se soient écoulés; dans quelques cas, ils parviennent jusque dans le tissu conjonctif sous-muqueux. Du reste, chez l'homme, le processus s'étend graduellement en arrière, à partir de la fosse naviculaire, de telle sorte qu'en règle, au cours de la deuxième semaine, tout l'urèthre antérieur est pris. Le sphincter membraneux oppose au gonocoque un obstacle qu'il ne franchit pas tout d'abord. C'est de la même manière que, normalement, l'urèthre postérieur est d'ordinaire aseptique, les saprophytes qui habitent constamment l'urèthre antérieur ne se répandant pas au delà du sphincter. Dans les blennorragies non traitées ou mal traitées, l'infection gagne rapidement ou tardivement, mais le plus souvent à la période finale, le segment postérieur du canal.

Dans l'urèthre antérieur, le gonocoque s'établit aussi surtout dans les petites glandes de la muqueuse ; c'est là qu'il a coutume, au décours du stade aigu de l'affection, de se cantonner longtemps et obstinément.

Dans l'urèthre antérieur, l'infection peut encore envahir ces petits *canaux parauréthraux*, comme on en voit surtout s'ouvrir dans la *fosse naviculaire*.

L'obstruction du canal excréteur y détermine fréquemment la formation de foyers purulents gros comme un pois ou un haricot, qu'on doit donc, en raison de leur pathogénie, comprendre comme des *pseudo-abcès*. Nous avons nous-même étudié bactériologiquement nombre de ces « abcès » et ils nous ont donné presque exclusivement des *cultures pures de gonocoques*.

De l'*urèthre postérieur*, le processus s'étend souvent à la *prostate*,

au *canal déférent* et à l'*épididyme*, rarement à la *vessie*. Dans la *prostate*, le gonocoque détermine d'emblée une inflammation suppurée ou même une fonte purulente partielle des glandes ; comme la prostate est presque inaccessible à toute thérapeutique rationnelle, les gonocoques peuvent souvent y rester vivaces pendant un temps très long et entretenir le processus inflammatoire à l'état chronique.

Par contre, tout n'est pas pleinement éclairci dans la genèse de l'*épididymite*. Le coccus spécial, le prétendu *orchiococcus*, qui suivant les vues d'Eraud, d'Arlhac et autres serait la cause de l'épididymite n'est plus admis aucunement, et la majorité des auteurs est actuellement convaincue que l'inflammation de l'épididyme doit être mise sur le compte de l'invasion gonococcique directe.

En fait, dans ces dernières années, Soutier, Grosz, Collan, Colombini, Hartung et Witte sont parvenus, dans quelques cas d'épididymite, à mettre le gonocoque en évidence d'une façon indiscutable. Il s'agissait, dans la plupart de ces cas, d'épididymites terminées par suppuration : c'est que, d'abord, on se décide exceptionnellement à ponctionner une épididymite séreuse ; puis, dans les exsudats séreux, comme dans les arthropathies blennorragiques, on ne trouve les gonocoques que rarement et en petit nombre : en pareil cas, ils doivent siéger surtout dans la paroi, et aussi y disparaître rapidement. Si par exception les gonocoques égarés viennent à pulluler plus abondamment, la suppuration s'ensuit, et c'est surtout alors que leur recherche donne un résultat positif.

La « *théorie toxinique* » de l'épididymite, se passe de ce résultat positif, et ne cherche qu'à expliquer les échecs fréquents dans la recherche du gonocoque. Elle a contre elle le fait que les toxines actives semblent contenues exclusivement dans le corps même des gonocoques.

Il est rare de constater une véritable infection vésicale, une *cystite blennorragique* ; dans les cas où elle est hors de doute, il est de règle que le col soit seul pris.

L'existence d'une cystite blennorragique a été mise hors de conteste par Wertheim, lorsque dans l'épithélium vésical d'une jeune fille il trouva à l'autopsie de nombreux gonocoques.

Le diagnostic *clinique* certain se heurte par contre aux plus grandes difficultés : la *réaction de l'urine* devrait toujours être acide dans la cystite blennorrhagique *pure*, le gonocoque ne déterminant point dans l'urine la fermentation ammoniacale.

Dans le *sexe féminin*, les muqueuses atteintes sont surtout celles de l'*urèthre*, de la *vulve* et du *vagin*, du *col* et de l'*utérus* ; de là, le processus peut remonter dans la *trompe* et l'*ovaire*, voire jusqu'au *péritoine*. Comme on l'a vu, chez les fillettes, à côté de la muqueuse uréthrale, celles de la vulve et du vagin sont les plus réceptives pour

l'infection blennorrhagique ; chez la vierge adulte, dont la vulve et le vagin présentent encore un épithélium tendre et délicat, ces organes sont encore souvent attaqués, mais l'affection guérit généralement avec la formation d'un épithélium plus résistant ; et chez les femmes plus âgées, chez celles surtout qui ont eu des enfants, la muqueuse vulvo-vaginale est presque inaccessible au gonocoque.

Pour ce qui est du *col utérin*, par contre, il est manifeste qn'il est rarement pris chez l'enfant, tandis que son envahissement est presque la règle chez la femme.

De l'*urèthre,* le processus s'étend volontiers aux petites glandes et aux conduits qui avoisinent l'orifice externe, souvent aussi aux *glandes* de Bartholin. Il s'agit en général, dans ce dernier cas, d'une infection limitée au conduit excréteur ; la rétention du pus amène dans la glande la formation de *pseudo-abcès* petits ou gros (Jadassohn). Mais, sauf exception, la glande elle-même ne suppure pas, et lorsque cela arrive il s'agit d'infections mixtes.

La muqueuse vésicale, chez la femme, n'est également infectée que rarement et difficilement.

Le col s'infecte, tantôt à la suite d'une uréthrite préexistante, sous l'influence adjuvante de la menstruation, tantôt d'emblée et primitivement. Il est bien plus fréquent que chez l'homme de voir les sécrétions blennorrhagiques, coulant vers l'anus, déterminer la blennorrhagie rectale (d'après quelques auteurs dans 20 ou 30 p. 100 des cas).

Comme le sphincter uréthral chez l'homme, l'orifice interne de l'utérus chez la femme arrête généralement d'abord le processus morbide ; ce rempart n'est franchi d'ordinaire qu'à l'occasion de circonstances comme la menstruation, les excès vénériens, les efforts, la danse, etc.

Sur la façon dont progresse l'inflammation gonorrhéique du col et de l'utérus, les recherches histologiques pratiquées sur des organes extirpés, comme l'ont fait Wertheim, Bumm, etc., nous ont donné des points de repère relativement satisfaisants. Au stade aigu, le tissu interglandulaire de la muqueuse montre une infiltration massive de globules de pus et de cellules rondes ; les gonocoques forment sur l'épithélium une couche qui s'infiltre par de petites files de coccus dans les fentes intercellulaires, pénètre même dans le tissu cellulaire sous-épithélial et, dans des cas plus rares, jusque dans la musculeuse.

Au cours de l'inflammation, l'épithélium cylindrique à une couche se transforme fréquemment en épithélium pavimenteux stratifié. Lorsqu'on arrive au stade *chronique*, l'infiltration se résout, les gonocoques deviennent plus clairsemés et ne se trouvent plus guère qu'en amas isolés et plus superficiels. Autour d'eux l'infiltration des cellules rondes est plus accentuée, et à la place de l'épithélium cylindrique se voient des cellules plates sur une ou plusieurs couches.

De l'*utérus*, les gonocoques gagnent fréquemment les *trompes*. Là,

ils ne se contentent pas de pulluler sur la muqueuse et de transformer les trompes, par rétention du pus, en sacs plus ou moins gros : *ils traversent encore toute la paroi* et arrivent par cette voie aux *ovaires*, dont ils déterminent l'inflammation et la suppuration. Ces ovaires peuvent encore vraisemblablement être infectés par le pus qui se fait jour par l'orifice abdominal des trompes. Sur le *péritoine*, le gonocoque ne semble pas à proprement parler infectieux : en tout cas il ne détermine jamais une péritonite diffuse : le pus refluant des trompes ne cause qu'une inflammation circonscrite, sans véritable multiplication des gonocoques ; ou bien le péritoine s'enflamme là où il est contigu à la paroi tubaire infiltrée de gonocoques.

Dans les cas qui précèdent, il s'agit d'infections et d'inflammations *propagées* de poche en poche. Mais le gonocoque peut aussi, bien que rarement, *se répandre à distance par la voie circulatoire sanguine*, et, tout comme le streptocoque ou le staphylocoque, déterminer de véritables *métastases*, De même que les pyogènes proprement dits, il choisit alors pour sièges de prédilection les *valvules du cœur*, les *articulations*, les *gaînes tendineuses*, et le *tissu cellulaire sous-cutané*.

L'existence positive d'une *endocardite blennorrhagique* a été établie sans conteste dans ces dernières années par les cultures positives de Lenharz, Thayer, Ghon et Schlagenhaufer ; déjà les observations plus anciennes de Finger, Leyden, Michaelis, etc., dont les cultures étaient restées stériles, peuvent être à présent considérées comme indubitables : le résultat négatif des cultures s'explique par la mort des gonocoques, déterminée par les hautes températures des périodes terminales de la maladie, ainsi que par le temps trop long mis d'ordinaire entre la mort et l'autopsie.

Les gonocoques déterminent sur les valvules, ici des *néoformations*, là des *ulcérations*, et l'*aspect clinique* général ne se distingue pas essentiellement de celui qu'offre une endocardite à streptocoques ; seulement la marche est d'ordinaire plus *bénigne*, moins foudroyante, et il est hors de doute qu'un nombre considérable de cas se terminent par la guérison.

De l'endocarde, les gonocoques peuvent envahir le *myocarde* ; ils y produisent de petits foyers purulents ; plus rarement, l'infection intéresse aussi le *péricarde*. Il existe même une pleurésie blennorrhagique, constatée deux fois d'une façon indubitable.

Bien plus fréquentes et par là beaucoup plus importantes pratiquement que les endocardites, sont les *affections articulaires* et *tendineuses*, si peu rares au cours de la blennorrhagie. Comme toutes les métastases gonorrhéiques, on les observe aussi bien comme complications de l'uréthrite que de la conjonctivite. Dans un grand nombre de faits déjà, le gonocoque a été démontré par la culture comme l'uni-

que facteur causal. Quand les arthrites blennorrhagiques sont suppurées, sa recherche donne un résultat positif dans la majorité des cas, mais beaucoup plus rarement lorsqu'elles sont purement séreuses. Pourtant, le résultat *négatif* des cultures s'explique bien, en pareille occurrence, par les propriétés biologiques du gonocoque.

Le gonocoque étant manifestement un parasite des muqueuses, les germes égarés dans les synoviales articulaires y trouvent déjà un mauvais milieu nutritif ; ils ne peuvent en général y proliférer que faiblement, et souvent y périssent relativement vite.

Ce sera surtout le cas pour les coccus libres dans l'épanchement articulaire, d'autant que de pareils exsudats *purs* constituent également *in vitro* des milieux inutilisables pour la nutrition du gonocoque. D'ailleurs on sait que les toxines actives sont contenues exclusivement dans les corps microbiens, et ne sont mises en liberté que par la destruction de ceux-ci : aussi est-ce la règle que l'on voie seulement, lorsque meurent la plus grande partie des gonocoques, les signes cliniques atteindre leur acmé ; il en résulte que la ponction et l'examen de l'exsudat sont faits souvent trop tard.

Ce n'est que dans les cas exceptionnels où les gonocoques pullulent plus abondamment dans l'articulation, et que par suite celle-ci suppure, que la recherche des gonocoques aboutit plus souvent.

Les conditions sont absolument les mêmes, dans les synovites tendineuses blennorrhagiques.

Beaucoup plus rares que ces arthrites et tendo-vaginites, sont les *abcès métastatiques à gonocoques développés dans les muscles et le tissu sous-cutané.*

Des cas *incontestables* en ont été publiés par Lang, Horwitz, Bujwid, Scholtz et Almkvist. Il s'agit de foyers allant du volume d'une noisette à celui du poing, siègeant surtout aux extrémités inférieures et contenant un pus sanguinolent, avec des gonocoques en culture pure. Dans de rares cas (Scholtz, Almkvist), ces abcès peuvent prendre un caractère réellement phlegmoneux.

Toutes les complications qui viennent d'être décrites sont dues, comme on l'a vu, ou bien à une *extension directe* du processus de l'urètre, etc., ou bien à des *métastases*: on ne connaît encore aucun cas certain où soit une suppuration, soit une infection générale, ait eu pour cause une infection gonococcique de la peau venue directement du dehors.

Nous devons enfin dire un mot des manifestations qui surviennent, au cours de la blennorrhagie, du côté de la *peau* et du *système nerveux,* manifestations dont la pathogénie est encore mal élucidée.

Parmi les *exanthèmes* cutanés, s'observent d'après Buschke :

1° l'érythème simple ;

2° des formes d'urticaire et d'érythème noueux ;

3° des exanthèmes hémorrhagiques et bulleux;
4° des hyperkératoses.

Mais on observe aussi bien des passages d'une de ces formes à une autre, que des éruptions polymorphes.

Les exanthèmes surviennent presque toujours au stade aigu, et presque toujours existe alors non seulement une complication locale, mais quelque affection métastatique, le plus souvent du côté des articulations ou du cœur. La fièvre peut exister, comme elle peut manquer.

Si une partie de ces faits doit être considérée comme relevant des éruptions médicamenteuses, ou des éruptions septiques par infection secondaire, il reste malgré tout un grand nombre d'exanthèmes qui sont sûrement sous la dépendance directe du processus blennorrhagique.

On admet surtout pour les expliquer qu'il s'agit d'éruptions *toxiques*, dues aux toxines gonococciques en circulation dans l'organisme. Cette interprétation peut être exacte pour une partie des cas ; mais pour d'autres nous sommes portés à attribuer les efflorescences cutanées à des germes transportés au loin, à des « embolies gonococciques ». Nous avons pu, dans un cas d'exanthème blennorrhagique, suivre directement la transformation de deux efflorescences en abcès à gonocoques. Si l'examen bactériologique des efflorescences cutanées ne donne en général pas de résultats, c'est à notre avis seulement parce que les quelques germes égarés dans un terrain défavorable ne peuvent se développer et sont rapidement détruits.

Plus obscures encore dans leur pathogénie, plus multiformes dans leur expression clinique, sont les *manifestations nerveuses* qui surviennent au cours de la blennorrhagie. Elles revêtent surtout l'aspect soit d'une *névrite* (sciatique le plus souvent), soit d'une *myélite* ou d'une *méningite;* mais on a décrit aussi des formes morbides extraordinairement complexes.

Le retour de ces manifestations avec chaque nouvelle atteinte de blennorrhagie, observé chez maintes personnes, est, en fait, très en faveur d'un rapport direct avec le gonocoque. Mais est-ce le microbe lui-même, sont-ce seulement les toxines en circulation qui doivent être incriminées? On ne peut faire là-dessus que de simples conjectures.

Moltschanoff, étudiant récemment la moelle de cobayes au moyen de la méthode de Nissl, prétend avoir observé une action nette et constante de la gonotoxine sur le système nerveux ; mais ses recherches ont besoin d'être confirmées par des travaux ultérieurs, avant qu'il soit permis de les appliquer aux faits cliniques.

COURS DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE DES MALADIES DE LA PEAU

8e Article.

LA MÉTHODE EXFOLIANTE.

Parmi les agents actifs que nous appliquons à la surface de la peau, il en est qui portent leur action essentielle sur la couche cornée ; les meilleurs seront ceux qui respectent complètement le corps muqueux, puisque la méthode kératolytique a pour but unique de détruire les couches cornées hypertrophiées. Mais les lésions de la couche cornée sont consécutives à des altérations des couches profondes de la peau; la kératolyse, à elle seule, ne peut produire qu'une guérison apparente ; parfois même l'irritation qu'elle a provoquée est susceptible d'augmenter l'hyperkératose dans la suite.

La méthode exfoliante, que nous allons étudier, est destinée à produire une réaction inflammatoire du derme et du corps muqueux, inflammation aiguë, mais passagère, qui sera suivie d'une décongestion, passagère ou durable suivant l'intensité de la réaction et le cas particulier qui est traité. L'inflammation se caractérise par de la rougeur, du gonflement ; au bout de 24 ou 48 heures paraissent des squames épaisses ,d'abord humides, qui se dessèchent, puis tombent en quelques jours : c'est une véritable exfoliation.

Un grand nombre d'agents peuvent être utilisés dans la méthode exfoliante. Ces agents sont des kératolytiques et des réducteurs ; appliqués dans des affections où il n'y a pas d'hyperkératose importante, ils sont toujours employés à dose extrêmement forte, mais en revanche pendant un temps limité. Les principaux sont les savons alcalins forts, la résorcine, l'acide salicylique, le naphtol B.

Voici des types de pâtes exfoliantes :

Axonge benzoïnée	28 gr.
Oxyde de zinc	10 gr.
Terre fossile	2 gr.
Résorcine	40 gr.

(Unna).

Vaseline	25 gr.
Savon noir	25 gr.
Soufre précipité	50 gr.
Naphtol β	10 gr.

(Lassar).

Vaseline	25 gr.
Savon noir	25 gr.
Amidon	25 gr.
Soufre	25 gr.
Résorcine	5 gr.
Acide salicylique	5 gr.
Naphtol β	5 gr.

(BESNIER).

Et deux types de lotions :

Teinture de savon de potasse à 1/5	40 gr.
Résorcine	10 gr.
Soufre précipité	10 gr.

(DARIER).

La solution de Vlemingkx a pour formule :

Soufre sublimé	125 gr.
Chaux vive	75 gr.
Eau	1.250 gr.

Faire bouillir pour réduire à 750 gr.

On voit qu'un certain nombre d'auteurs ont ajouté aux agents qui sont essentiellement des kératolytiques forts, des agents, comme le soufre, qui est surtout antiseptique et antiséborrhéique. La raison me paraît être la suivante : la méthode d'exfoliation est surtout employée dans l'acné vulgaire, dont le soufre a passé longtemps pour le remède héroïque ; il était bien naturel de l'adjoindre aux autres agents. Il faut du reste reconnaître qu'employé à des doses fortes, sous forme de pâtes, et en applications courtes, il n'a pas les propriétés irritantes qu'il a dans d'autres conditions, en pommades en particulier.

Pour ma part, après expérience faite, je crois que les pâtes les plus simples et les plus énergiques sont les meilleures de toutes, et à toutes celles que j'ai énumérées, je préfère la pâte résorcinée dont j'ai donné la formule plus haut. On l'applique tous les huit jours sur la eau après un savonnage léger, ou un dégraissage à l'alcool ; on la laisse en place 15, 20 et 25 minutes suivant le cas, je l'ai même appliquée 40 minutes. Mais il est tout à fait dangereux de prolonger autant l'application d'emblée, et on ne doit arriver à la faire aussi longue que peu à peu, en augmentant chaque fois la durée de 5 minutes, par exemple. Il est nécessaire, dans les cas rebelles, d'agir très profondément, et par suite de tâter la sensibilité de la région malade, pour tâcher d'avoir sans effets nuisibles le maximum d'effets utiles.

Le traitement exfoliant se heurte à plusieurs difficultés. Les préparations doivent être appliquées par le médecin il est nécessaire de voir le malade assez souvent pour juger de l'effet produit, de l'inten-

sité des réactions inflammatoires et de la possibilité d'augmenter la durée des applications sans danger pour la peau. L'exfoliation, quand on la fait assez énergique pour obtenir un résultat important, et il est presque toujours, sinon toujours, nécessaire de la faire telle, surtout si on veut aller vite, constitue de préférence un traitement d'hôpital ou de maison de santé.

La lotion résorcinée soufrée (Darier), ne nécessite pas la même surveillance de la part du médecin que la pâte résorcinée ; on fait chaqne soir un badigeonnage pendant trois soirs de suite, en laissant sécher le mélange alcoolique snr la peau. Elle est moins active que les pâtes qui ont été énumérées plus haut et, suivant mon expérience, doit être utilisée surtout dans les cas d'acné de moyenne intensité. Je l'ai vue provoquer récemment chez une malade une réaction inflammatoire intense, une véritable dermatite artificielle très désagréable qui m'a parue due au soufre.

L'inflammation produite par les pâtes ou les lotions exfoliantes doit être calmée. Dans ce but, on peut, à la suite des applications, couvrir le point traité par une crème telle que la suivante :

Vaseline..............................	ââ 10 gr.
Lanoline..............................	
Eau..............................	

Si l'inflammation est très intense, mieux vaudra appliquer une pâte telle que celle-ci :

Lanoline..............................	ââ 10 gr.
Vaseline..............................	
Oxyde de zinc......................	16 gr.

APPLICATIONS DE LA MÉTHODE EXFOLIANTE.

Les applications du traitement exfoliant sont maintenant nombreuses, et pour qui a appris à le manier, il constitue une méthode indispensable en thérapeutique dermatologique.

Cependant, toutes les maladies dans lesquelles on l'applique relevant également de la méthode réductrice, nous renverrons pour l'étude complète de leur thérapeutique aux chapitres concernant celle-ci.

L'indication principale est fournie par *l'acné polymorphe*. J'ai employé régulièrement l'exfoliation dans la cure de cette maladie à ma policlinique ; aucun mode de traitement de l'acné ne peut lui être comparé d'une manière générale. J'ai vu souvent, après quelques applications les lésions disparaître complètement, en ne laissant que des macules passagères. Sans doute, je ne considère pas tous les malades comme guéris d'une manière absolument définitive. Chez les jeunes gens en particulier, l'acné a pendant des années une ten-

dance à se reproduire. Mais il sera toujours possible de reprendre les applications exfoliantes de temps à autres ; on pourra les faire assez rares pour qu'elles ne gênent pas le patient.

Dans la *rosacée* (*acné rosée*), le traitement exfoliant peut être extrêmement utile. Dans les cas superficiels, il donne des résultats excellents et constitue une méthode beaucoup plus pratique et moins désagréable pour le patient que les scarifications. Les cas moyens et profonds relèvent de la photothérapie ; quelques séances peuvent suffire à amener la guérison. Mais, même alors, l'exfoliation peut-être employée avec avantage ; d'abord au début, pour diminuer la congestion superficielle, vider les glandes sébacées, puis après le traitement photothérapique, pour maintenir la guérison, si les causes générales de l'acné rosée tendent à produire de nouvelles lésions.

La méthode ne donne malheureusement pas d'aussi bons résultats dans la rosacée liée à un état asphyxique des extrémités, et qui constitue une véritable cyanose aux niveau des joues, du nez et des oreilles ; elle s'applique presque uniquement aux formes inflammatoires, sans refroidissement local, avec ou sans complications d'acné vulgaire.

Sans avoir eu encore l'occasion de l'employer, je crois que dans *l'acné cornée de* (Leloir,) *dans l'acné kératique* (Tenneson et Leredde), elle rendrait de grands services.

Chez un malade atteint de *psorospermose folliculaire végétante*, que j'ai observé avec M. Brocq, l'exfoliation a donné des effets véritablement admirables. Il s'agissait d'un homme chez lequel l'affection couvrait la face, le cuir chevelu, la face dorsale et palmaire des mains, la face dorsale et plantaire des pieds, une partie du bas-ventre, les aisselles ; des papules élémentaires étaient disséminées sur le tronc, une partie des membres inférieurs. L'état de la face était tel que la peau était couverte d'un masque croûteux et que le malade était dans l'impossibilité absolue de vivre d'une vie normale. Il fallut trois mois de traitement pour arriver à une amélioration ; au bout de ce temps le malade quitta l'Etablissement dermatologique dans un état extrêmement satisfaisant, complètement nettoyé, la face et le cuir chevelu nets au point qu'il aurait été impossible de reconnaître la nature de la maladie ; la peau présentait seulement une certaine irrégularité de surface, avec un épaisissement modéré. J'ai revu cette année le malade : après deux mois de traitement, dont l'exfoliation a constitué la base, il paraît presque guéri ; il suffira à mon avis, de deux ou trois applications annuelles de pâte résorcinée, ou au savon noir pour maintenir la peau dans un état parfait au point de vue esthétique. Pour comprendre la valeur d'un fait pareil, il faut se rappeler que la psorospermose est considérée jusqu'ici comme une maladie presque incurable.

J'ai appliqué récemment la cure d'exfoliation au traitement des *lichénifications de la peau* (1). J'ai publié à la Société de thérapeutique l'observation d'une dame atteinte depuis plusieurs années d'un lichen simplex du cou rebelle, et chez laquelle je fis un grand nombre de séances de haute fréquence sans autre résultat que d'atténuer dans une certaine mesure le prurit. Quelqnes applications de pâte résorcinée amenèrent la guérison. Depuis j'ai soigné régulièrement de la même manière tous les cas de lichen simplex que j'ai observés daus ma maison de santé ou à ma clinique, et dans tous les cas la guérison a été obtenue de même, au point que je considère maintenant l'exfoliation comme un traitement héroïque de cette pénible et difficile affection.

La méthode que nous venons d'étudier trouvera certainement d'autres applications ; à en juger d'après les caractères anatomiques des maladies dans lesquelles elle est employée utilement, on voit qu'elle convient à des processus inflammatoires chroniques, à des états hypertrophiques et végétants du corps muqueux (*acanthose*), à des scléroses dermiques prurigineuses.

Je l'ai essayée dans des formes d'*intertrigo* rebelles, chroniques, après sédation de tout état aigu ; je l'ai essayée également avec succès dans le *sycosis chronique*. Elle peut-être utilisée dans le *lupus érythémateux fixe*, enfin je l'ai employée avec succès pour la guérison souvent très difficile des *verrues planes*. Il faut ajouter que la cure d'exfoliation est applicable au traitement d'une série de *pigmentations cutanées*, mais dans ces affections elle doit être employée avec prudence ; il faut éviter les réactions inflammatoires trop énergiques qui amènent *parfois* une aggravation de l'état pigmentaire ; en général il vaut mieux procéder lentement, par applications kératolytiques réitérées, plutôt que par le traitement exfoliant lui-même, traitement brutal par définition et dont la brutalité, l'énergie font la valeur dans les affections où la peau peut le tolérer.

SOCIÉTÉS SAVANTES

WIENER DERMATOLOGISCHE GESELLSCHAFT.

ANNÉE 1901

Ulcérations syphilitiques confondues avec un lupus, diagnostic par le traitement mercuriel, par le Pr Lang. Séance du 9 janvier.

Le Pr Lang montre une malade, déjà présentée à une séance antérieure de

(1) Leredde. Société de thérapeutique, décembre 1901.

a société, pour des nodules ulcérés de la plante du pied présentant de grandes analogies avec un lupus. La malade avait été soignée comme lupique par des curetages et des thermocautérisations au Paquelin. Or Lang avait déjà attiré l'attention sur une certaine forme de lésions qui peuvent prêter à confusion entre la syphilis et le lupus. Dans le cas donné, ayant institué un traitement spécifique sous forme d'injections d'huile grise et d'emplâtre mercuriel, il obtint une guérison complète.

Lang est d'avis que dans toutes les observations de lupus traités par des injections de calomel qu'on a rapportées surtout dans ces dernières années, il ne s'agit pas d'une question de traitement, mais d'une question de diagnostic. Il a souvent vu et démontré que des cas tenus pour des lupus devaient être considérés comme des cas de syphilis en dernière analyse et guérissaient définitivement par un traitement spécifique.

Eczéma et Psoriasis généralisés, par KAPOSI. Séance du 9 janvier.

Besnier présentait le terme d'érythrodermie comme le signe d'un état dans lequel la peau apparaît rouge d'une façon diffuse et, dans ce sens, ce signe ne doit pas être considéré comme synonyme d'une maladie définie, mais seulement comme un symptôme. La question se pose de savoir quelle est, ou quelles sont les maladies qui répondent à ce symptôme. Elles sont extrêmement diverses ; il peut y avoir un érythème toxique, un eczéma universel, un psoriasis ou un pemphigus universel, un lichen ruber acuminé.

K. présente d'abord un cas d'eczéma, chez un malade de 66 ans, eczéma qui s'étendit rapidement à tout le corps. La peau du visage, du tronc et des extrémités était rouge, œdématiée, couverte de croûtes et de squames, mais, différence essentielle avec le pemphigus foliacé : les squames ne pouvaient se détacher que par petits fragments.

K. présente ensuite un psoriasis généralisé, chez un malade de 60 ans : depuis la tête jusqu'aux orteils, le corps est d'un rouge brun clair et recouvert d'une sorte de manteau, formé de squames d'un blanc brillant, fendillées, qui tombent en petites ou grosses lamelles.

De pareils cas de psoriasis généralisé se produisent souvent sous nos yeux par poussées successives avec accroissement périphérique, ou aussi d'emblée par une éruption aigüe ; mais il s'agit toujours d'un état inflammatoire avec exsudation et formation cornée.

A côté de ces érythrodermies symptomatiques, il existe certainement une forme qui constitue une véritable entité morbide. Depuis quelques années Brocq en a publié une série de cas (1).

LANG fait observer que sous le vocable d'érythrodermie, on classe toute une série d'affections graves, comme l'eczéma universel, le psoriasis ou le pemphigus généralisés, parce que ces maladies présentent, dans un certain stade de leur évolution, de nombreuses analogies qui produisent le symptôme érythrodermie ; cependant l'observation

(1) Érythrodermie pityriasique en plaques, parapsoriasis (v. *Revue Pratique*. n° page 140).

postérieure montre toujours un symptôme qui permet de reconnaître si l'érythrodermie appartient à un pemphigus ou à une autre affection connue de la peau. Mais il faut ajouter qu'en dehors de ces dermatoses graves, il existe également une autre affection de la peau, qui se présente sous l'aspect d'une rougeur diffuse, généralisée, sans infiltration importante, mais avec une desquamation en lamelles grosses et épaisses. Lang est d'avis que cette affection doit être considérée comme une maladie spéciale qui n'est autre que la dermatite exfoliatrice. Déjà depuis longtemps il a fait de cette dermatite exfoliatrice une affection spéciale, grave. Lors de la présentation d'un malade au sujet duquel plusieurs dermatologistes avaient fait des diagnostics différents, psoriasis, pemphigus, eczéma, il a démontré, il y a plusieurs années, sur ce malade, tous les caractères de cette dermatite exfoliatrice (1).

Pemphigus végétant, par Neumann. Séance du 23 janvier.

Neumann présente une malade âgée de 49 ans, atteinte de pemphigus végétant, chez laquelle on observe, aux régions génitales externes, dans les plis cruraux et à l'anus, des plaques légèrement rouges, fortement proéminentes et suintantes. Elles ressemblent tout à fait à des papules syphilitiques, mais on ne trouve chez la malade aucun signe de syphilis. Par contre, on trouve sur les faces d'extension des deux coudes des groupes de bulles, ayant les dimensions d'un sou, et entourées d'une aréole rouge. Sur le palais et la muqueuse labiale, l'épithélium est enlevé sur de nombreux points ayant la grosseur d'un pois. Depuis huit jours il est survenu à la phalange terminale des doigts des saillies vésiculeuses et, consécutivement, de l'inflammation au niveau de la phalange unguéale.

Kaposi fait observer que la malade offre une forme s'écartant des cas ordinaires, mais qui n'est cependant pas très rare et consistant dans des variations de forme du pemphigus chez le même sujet : érosions au niveau des lèvres, vésicules sur les coudes, condylomes aux parties génitales. Mais il existe également des formes dans lesquelles toute manifestation ne se fait qu'au niveau des parties génitales, sous forme de saillies légèrement exulcérées. Ces formes étaient auparavant toujours considérées, malgré les antécédents, comme de la syphilis. Mais après l'emploi d'emplâtre mercuriel survenaient de fortes douleurs, puis une éruption généralisée de pemphigus végétant. De pareils cas classiques de pemphigus végétant peuvent cependant revenir à un état de santé relative. Kaposi cite comme exemple deux cas de cette affection qui malgré une éruption très considérable, puis de légères récidives, vivent encore aujourd'hui.

(1) Il faut noter au sujet de cette discussion qu'il n'est pas fait ici mention de l'érythrodermie mycosique.

Tuberculoses cutanées, par Kreibich. Séance du 8 mai.

Il s'agit d'une femme de 58 ans, qui présente dans la paume de la main droite une ulcération évoluant depuis plusieurs mois, de forme irrégulièrement triangulaire, sécrétant un pus épais, séreux. Par l'extension des bords, le centre apparaît excavé, recouvert d'un enduit jaunâtre, nécrotique. Tout à côté, il existe une cicatrice ancienne, irrégulière, blanche, et une semblable sur le poignet. L'aspect de l'ulcération est absolument celui de la tuberculose cutanée ; d'ailleurs, l'examen de la secrétion a permis de reconnaître quelques bacilles tuberculeux. Il est à remarquer que cette femme soigne depuis un an son mari, atteint de tuberculose pulmonaire et, par le nettoyage des récipients du malade, est amenée à toucher les crachats.

Kreibich montre un second malade présentant une ulcération semblable, mais plus étendue, dans la région auriculaire ; ici encore la recherche des bacilles a été positive. Enfin il présente également un cas de lupus verruqueux de la première phalange de l'index de la main droite ; l'infection s'est étendue de là, par les vaisseaux lymphatiques, et l'on trouve le long de ceux-ci, à l'avant-bras, des nodules dont les plus gros sont fluctuants. Dans la région cubitale on peut sentir plusieurs ganglions.

Induration des corps caverneux de la verge, par Finger. Séance du 22 mai.

L'observation porte sur un malade qui présente, à la face dorsale du pénis, une induration résistante, qui s'étend depuis la racine presque jusqu'au gland. Une pareille infiltration a été observée au cours de la syphilis, et Neumann a déjà présenté un cas semblable. Ici également le patient a eu la syphilis, mais cependant l'influence de celle-ci sur l'affection en question n'est pas certaine.

En dehors de l'inflammation des corps caverneux d'origine syphilitique, il existe un autre processus, surtout chez les gens âgés, qui a été décrit en France, sous le nom d'induration fibreuse des corps caverneux. Mourcet et Delabord ont examiné au point de vue anatomique une série de cas semblables. Mais ces recherches datent déjà d'une quarantaine d'années et sont par conséquent défectueuses.

Ce cas est le quatorzième que Finger a pu personnellement observer ; malheureusement dans aucun d'eux il n'a eu la possibilité de pratiquer la recherche anatomique. Si l'induration ne se limite pas aux corps caverneux et si l'albuginée est elle-même intéressée, il se forme une induration en plate-forme ou avec un prolongement s'étendant entre les corps caverneux, induration qui s'étend ensuite en avant. Celle-ci est telle que l'on doit exclure une pure néoplasie inflammatoire et accepter un processus fibreux. Elle se produit surtout au delà de la quarantième année ; elle constitue un obstacle à l'érection et dans un certain sens entraîne l'impuissance.

Neumann déclare que cette affection survient également chez les individus qui ont souvent souffert d'une balanoposthite. Il n'existe pas de recherches anatomiques suffisantes. Ce sont d'ailleurs des cas incurables.

Dans la syphilis on observe plutôt une infiltration circonscrite au niveau d'un corps caverneux. Dans une partie des cas, il est possible, par le traitement spécifique, de faire disparaître l'infiltration. Mais lorsque l'albuginée est atteinte, il persiste, malgré la résolution complète de la gomme, des altérations par modifications cicatricielles. Des indurations semblables peuvent également survenir au niveau des corps caverneux au cours des uréthrites.

Kaposi dit avoir observé, chez un sujet jeune, des indurations semblables, qui étaient dues à des thromboses veineuses produites par une érection forcée ou le coït.

Horowitz déclare que tous les cas observés de cette affection peuvent appartenir à des formes différentes : syphilitique, traumatique, sénile, ou survenir après une balanite ou une blennorrhagie. Le pronostic des formes traumatiques est des plus bénins, surtout si la tuméfaction et l'hémorrhagie ne sont pas importantes. Dans l'inflammation des corps caverneux d'origine syphilitique, Horowitz a toujours vu l'infiltration disparaître complètement, sauf dans deux cas de gommes exulcérées où il y eut guérison, mais avec formation de cicatrices. L. P.

ANALYSES

Menahem Hodara. *Sur certaines formes des prurigos diathésiques de Besnier et sur leur traitement.* Journal des maladies cutanées et syphilitiques, nº 7, juillet 1902, p. 403.

Dans son rapport au Congrès de Londres, sur la question du prurigo, Besnier a groupé, sous le nom de prurigos diathésiques : des affections « dont le symptôme premier et le premier symptôme » est le prurit « intense, rémittent, exacerbant, à paroxysmes nocturnes et réguliers et à exacerbations saisonnières ». Elles débutent le plus souvent dans la première enfance ou la jeunesse, mais peuvent apparaître à tous les âges. *Aucune des lésions qui les accompagnent ou qu'elles provoquent n'est spécifique.* Dans le premier âge, on observe des *érythèmes infantiles*, des *urticaires*, des *pseudo-lichens*, des formes d'*eczématisation* ou de *lichénisation* que le vulgaire réunit sous le nom de *gourmes*. Plus tard, on peut observer en outre des *lichénisations en papules*, en *plaques*, en *grandes nappes*, *des folliculites*, diverses formes d'*eczématisation*, *figurée*, *folliculaire*, *diffuse*, *impétigineuse*. Dans l'enfance u plus tard, la maladie peut devenir fruste, ou disparaître après un temps ariable. Mais souvent se produisent alors des accidents viscéraux, asthme, emphysème, catarrhe des bronches, symptômes neurasthéniques, qui pourront alterner plus tard avec les accidents cutanés. Dans une même famille on voit d'autre part un frère offrir du prurigo, un autre de l'asthme, un troisième l'un et l'autre alternant. De pareilles combinaisons s'observent entre les parents et les enfants.

Le terme de prurigo diathésique est employé par Besnier, *parce que chez tous les malades il faut admettre l'existence d'un état nutritif anormal.*

Le prurigo de Hebra y est compris.

L'affection prurigineuse paraissant guérie, le malade reste un diathésique ; il est toujours en imminence de prurit, la maladie pourra être réveillée par une cause externe telle que la gale, ou interne : aliments produisant l'urticaire par exemple.

A la période d'état de ces affections, les symptômes objectifs essentiels sont les lésions comprises sous le nom de *lichénisation* et *eczématisation* (1).

Brocq a exposé en 1900 des vues analogues en rapprochant les « eczémas neuro-arthritiques » des « prurigos diathésiques ».

Menahem Hodara caractérise de la manière suivante les prurigos diathésiques dont il groupe un certain nombre sous le nom de « dermatoses prurigineuses eczématiformes récidivantes » :

Début possible à tout âge.

Persistance de la maladie pendant des années, avec intervalles de guérison apparente ou d'amélioration courts ou longs. Guérison complète possible.

Le début se fait toujours par le prurit. Puis surviennent les éruptions, essentiellement variables.

Celles-ci sont aiguës ou chroniques. On peut observer des dermatites aiguës intenses avec œdème — des eczémas aigus primitifs — des eczémas subaigus — des érythèmes simples avec desquamation consécutive — de l'érythème avec lichénification, eczématisation et suintement — des éruptions papulo-vésiculeuses à éléments miliaires disséminés, ou agglomérés — des éruptions semblables avec impétiginisation secondaire — des lésions de dysidrose typique — des lésions d'urticaire, — des papules dures (papules de prurigo) et même des papules de lichen plan — des folliculites, — des lésions analogues à celles de la kératose pilaire — des lésions de lichénification circonscrite (lichen simple chronique) — des placards prurigineux, avec épaississement de la peau et desquamation superficielle ou hyperkératose.

Les prurigos diathésiques débutent souvent par des poussées éruptives aiguës ; cependant le fait n'est pas constant. Les formes aiguës sont les plus curables.

Le diagnostic se fait par l'importance du prurit, son antériorité par rapport à ces éruptions, par l'association aux lésions d'eczéma d'éléments de type différent, papules prurigineuses, folliculites, lésions épidermiques, etc.

Traitement interne. Menahem Hodara insiste sur la nécessité, pour obtenir la guérison, d'un traitement interne et les bons résultats donnés par l'emploi de l'arsenic, *mais seulement à hautes doses*. Les malades prennent 300 à 500 pilules asiatiques (2) ; selon leur constitution et le caractère rebelle de la mala-

(1) La lichénisation (Besnier), lichénification (Brocq), est caractérisée par un épaississement de la peau, avec exagération des plis ou formation de papules isolées, avec prurit (v. Marcuse, *Revue pratique des mal. cutanées*, n° 6, p. 165).

(2)

Acide arsénieux	0 gr. 50
Poivre noir pulvérisé	5 gr.
Gomme arabique pulv	1 gr.
Eau	Q. S.

M. et F. 100 pilules. Chaque pilule contient 0,005 d'acide arsénieux.

die, ils montent à 4, 6 et même dix pilules par jour. Après ce traitement, les malades ne prennent plus d'arsenic pendant trois mois, puis prennent, quatre fois par an, tous les trois mois, une centaine de pilules asiatiques. Puis les années suivantes, ils font deux ou trois cures arsenicales semblables seulement.

Dans ces conditions, Menahem Hodara a vu les périodes de guérison apparente se prolonger, les récidives de plus en plus légères, à ce point que plusieurs cas peuvent être considérés comme guéris.

Traitement externe. — A la fin de ce travail fort intéressant, l'auteur indique un grand nombre de procédés de traitement local, fondés sur l'association d'un grand nombre d'agents antiprurigineux, acide phénique, thymol, menthol, chloral, camphre, goudron, ichtyol, etc., employés sous forme de solutions aqueuses, alcooliques et de pommades.

PHILIPPSON. *Sur une phlébite nodulaire nécrotique*, Archiv für Dermatologie und Syphilis, 1901, Band LV, Heft 2.

La malade est une jeune fille de 18 ans, robuste, n'ayant jamais fait de maladies. Comme antécédents héréditaires intéressants: pleurésie mortelle chez le père.

L'affection pour laquelle la malade vint consulter datait de 2 ans. A cette époque apparurent sur les jambes, sans douleurs, des pustules, qui se transformèrent peu à peu en ulcères. Lorsque Ph. l'examina, il trouva disséminées sur les mollets des ulcérations arrondies, à fond jaunâtre, nécrotique, ne paraissant pas aller plus profondément que la couche profonde de la peau. Le diagnostic était hésitant entre ecthyma, syphilis et tuberculose. L'ecthyma pouvait être écarté parce qu'on ne trouvait chez la malade ni une des affections prurigineuses à la suite desquelles il se produit souvent, ni un état de nutrition amoindrie. L'excellent état général fit repousser par P. l'hypothèse de tuberculose et malgré l'absence de tout antécédent, il s'arrêta à l'hypothèse syphilitique. Un traitement mixte fut institué. Sous son influence, certaines ulcérations paraissaient se guérir très lentement, lorsque survint une nouvelle poussée de lésions. Elle permit d'observer leur mode de début ; celui-ci se faisait par une tache érythémateuse légèrement œdématiée. Puis au bout de 2 semaines, la rougeur devenait plus sombre et bleuâtre, enfin elle se nécrosait peu à peu par son centre et formait une ulcération.

Cette évolution, ainsi que l'insuccès du traitement obligeaient à écarter l'hypothèse syphilitique. La malade refusant obstinément de laisser pratiquer une biopsie, le diagnostic resta incertain. Les ulcérations se cicatrisèrent peu à peu et 7 mois plus tard la guérison était obtenue.

Un an plus tard la malade revenait, les altérations de la peau s'étant reproduites. Mais en plus d'ulcérations semblables à celles de l'année précédente on observait cette fois des nodules s'enfonçant jusque dans les couches profondes de la peau. Cette constatation porta P. à penser à la possibilité de tuberculides. La malade consentit cette fois à laisser pratiquer une biopsie.

L'examen histologique révéla les lésions suivantes : des altérations siégeaient surtout au niveau des veines de l'hypoderme. On observait une veine complètement nécrosée et dont les parois ne se reconnaissaient plus que grâce au tissu

élastique conservé. La lumière de la veine était remplie par une masse amorphe. D'autres veines avaient leurs parois infiltrées de leucocytes et leur cavité obstruée par un amas nécrosé. Par places, le tissu cellulaire péri-veineux était également altéré. Ces lésions ne permettaient pas de conclure si l'altération première était une thrombose ou une endophlébité proliférante, mais finalement la nécrose comprenait l'intérieur de la veine, ses parois, et l'infiltration périveineuse.

La recherche des bacilles fut négative. Ph. rappelle les recherches histologiques antérieures de Bœck, Darier, Hallopeau, Bureau, Leredde et constate les contradictions qui existent souvent entre elles. Pour lui, ces contradictions s'expliquent de deux façons : d'abord, les auteurs n'ont pas toujours examiné des lésions au même stade, mais surtout ils n'ont examiné la plupart du temps que la peau et non l'hypoderme. Or, c'est dans celui-ci que l'on doit rechercher l'origine des lésions ; l'examen des couches superficielles du derme peut ne révéler que de légères lésions inflammatoires, alors que dans la profondeur la nécrose des veines est déjà un fait accompli. Le cas rapporté par P. en est un exemple. Pour lui, l'origine de la plupart des tuberculides est une phlébite nodulaire profonde.

Il résume ensuite une autre observation du même genre que celle qu'il rapporte aujourd'hui et qu'il a déjà publiée. Dans ce premier cas, il put démontrer complètement que le bacille tuberculeux était bien la cause des nodules observés. En effet, l'inoculation, dans la chambre antérieure de l'œil du lapin, de fragments de ces nodules excisés jusqu'à la couche graisseuse, fut positive. L. P.

Franz Poor. *Les atrophies dentaires dans le diagnostic de la syphilis héréditaire.* Dermatologische Zeitschrift, Bd. IX, Hft, 5, p. 616, oct. 1902.

On sait qu'en 1858, Hutchinson a signalé la fréquence de trois symptômes de la syphilis héréditaire. 1. la kératite parenchymateuse. 2. une malformation caractéristique des deux incisives médianes supérieures. 3. des troubles labyrinthiques. Robinson, et d'autres ont signalé un symptôme pathognomonique moins connu. Il s'agit de la présence autour des orifices naturels (bouche, anus, yeux) de cicatrices blanches, linéaires et radiées, se divisant par dichotomie.

On ne s'entend pas toujours très bien sur les caractères de la dent d'Hutchinson ; certains auteurs décrivent sous ce nom de simples érosions. Cependant Hutchinson a décrit la dystrophie dentaire de la manière la plus explicite Il écrivait en 1863 :

« La question est résolue par les incisives supérieures et internes de la deuxième dentition, et le médecin qui ignore les diverses difformités dentaires peut s'épargner beaucoup d'erreurs, s'il dirige son attention sur elles seules. Dans la syphilis héréditaire, ces dents sont en général courtes et étroites, avec une incision perpendiculaire sur le bord libre et des angles arrondis. Des entailles et des incisures horizontales sont fréquentes, mais en général elles n'ont aucun rapport avec la syphilis héréditaire. A cette question : ce type dentaire est-il pathoguomonique de l'hérédo-syphilis ? Je répondrai sans réserve : oui, quand il est bien développé, je le considère comme pathognomonique. Souvent le type est faiblement indiqué et détermine un soupçon d'hé-

rédo-syphilis, sans que la question puisse être résolue ; mais dans les cas bien développés, j'ai toujours eu une raison de croire à un rapport de cause à effet ».

Suivant Hutchinson, l'état des incisives inférieures est souvent analogue à celui des supérieures, mais n'a rien de caractéristique.

Il faut ajouter que Hutchinson associait nécessairement les lésions dentaires aux lésions de la cornée et du labyrinthe pour porter le diagnostic de syphilis héréditaire. On a beaucoup discuté sur la question de la dent d'Hutchinson. Les uns, Lesser, Heubner, etc., s'accordent avec Hutchinson sur la valeur pathognomonique des lésions des incisives médianes supérieures. Il faut une incisure concave, semi lunaire sur le bord libre. Blaschko, contrairement à Joseph en fait un symptôme certain, même quand il est isolé.

D'autres sont en désaccord complet avec Hutchinson. Ainsi Parrot, qui attribue à la syphilis héréditaire les difformités des premières prémolaires, atrophie cuspidienne, atrophie cuspidienne à mamelons coniques, érosions des canines. Fournier attribue également à la syphilis héréditaire un grand nombre de dystrophies dentaires. Il fait de la dent d'Hutchinson un signe presque pathognomonique d'hérédo-syphilis. Mais il rattache aussi à celle-ci, des érosions dentaires, par exemple, les érosions en sillon, les érosions salciformes de Parrot, surtout au niveau des premières molaires, le microdontisme, l'amorphisme et une vulnérabilité très prononcée des dents.

On a d'autre part, attribué des lésions dentaires à des maladies autres que la syphilis déterminant des phénomènes généraux et à des stomatites. Pour Zeissl, Lang, Düring. les difformités dentaires et parmi elles la dent d'Hutchinson sont en rapport avec la scrofulose. Neumann, Kassovitz ajoutent le rachitisme, de même que Hénoch et Hochsinger qui déclarent que la dent d'Hutchinson peut s'observer chez des non hérédo-syphilitiques. Il est vrai que Hénoch décrit sous le nom de dent d'Hutchinson une dent sans incisure inférieure.

Magitot en 1881 a combattu énergiquement les idées de Hutchinson. Les anomalies dentaires seraient le résultat de l'éclampsie. Cette théorie est maintenant abandonnée.

Baginsky, Vaquez, Moussous, etc., n'attribuent aucune importance pathologique à la dent d'Hutchinson ni aux difformités dentaires. Enfin Dentz parle de répression ontogénique.

Dans les cas examinés par l'auteur, la dent d'Hutchinson se trouvait coincider avec d'autres signes d'hérédo-syphilis, troubles labyrinthiques, kératite, cicatrices linéaires et radiées des orifices, nez en lorgnette, tibia en lame de sabre, etc. Quant aux autres déformations, elles se trouvent chez des individus qui n'offrent aucun signe de syphilis héréditaire.

Fournier a fait remarquer que la dent d'Hutchinson se modifie avec le temps. Au début, le bord libre de la dent s'atrophie en beacoup de points, l'émail tombe, on voit des saillies acérées. Pour Salter l'émail et le dentine même sont d'une structure anormale.

Plus tard les saillies s'émoussent, le bord libre devient mince et offre une encoche. Celle-ci disparaît vers le puberté et de 25 à 30 ans la dent d'Hutchinson ne s'observe plus.

La localisation de ces altérations dentaires s'explique par le développement. On sait que le développement des dents permanentes est très précoce, à peine plus tardif que celui des dents de lait. Les premières apparaissent dès le quatrième mois de la vie embryonnaire. La dentification commence pour les premières molaires au cinquième ou sixième mois de la vie, pour les premières incisives un peu plus tard, au huitième-neuvième mois pour les secondes incisives et les canines, à la deuxième année pour les prémolaires, à la sixième pour les deuxièmes molaires et à la douzième pour les troisièmes. Le virus de la syphilis héréditaire doit altérer les incisives au moment de la dentification qui commence à la pointe. La dentification des incisives supérieures se fait au moment où la syphilis héréditaire est le plus intense. La présence de lésions des premières molaires et des canines se comprend aussi facilement. L'existence de dents d'Hutchinson chez un individu prouve qu'il a été infecté d'hérédo syphilis après le quatrième mois embryonnaire, au plus tard au cours de la première année extra-utérine. Et on ne peut d'autre part, comme le font certains auteurs. considérer la dent d'Hutchinson comme un signe de syphilis héréditaire tardive.

VARIÉTÉS

La IIe Conférence de Bruxelles pour la Prophylaxie des maladies vénériennes (1).

La création des Conférences internationales pour la Prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes appartient à un dermatologiste de Bruxelles, le Dr Dubois Havenith. La première conférence avait eu lieu en 1899, la deuxième s'est tenue également à Bruxelles, en septembre 1902. Au prix d'efforts persévérants, d'un travail continu, M. Dubois Havenith a pu déjà connaitre la plus haute des joies, celle qui est réservée aux hommes qui ont fondé une œuvre et en ont assuré le succès définitif.

La première conférence avait eu un premier but : constater des faits destinés à donner une base aux discussions futures : le danger de la syphilis et de la blennorrhagie au point de vue social, le rôle dans

(1) N'ayant pu assister aux dernières séances de la Conférence, j'ai dû tirer le compte rendu destiné aux lecteurs de la Revue d'un article du Dr René Sand, publié dans *La Clinique* de Bruxelles le 27 sept. 1902. Je renvoie à ce travail extrêmement précis et complet ceux qui seraient curieux de plus amples renseignements. (E.L.)

leur propagation : 1° de la prostitution, 2° des autres modes de dissémination. D'autre part, étant données les mesures prophylactiques déjà existantes dans les divers pays, dispositions de tout ordre, préventives et répressives, depuis l'enseignement jusqu'à la surveillance policière, quels résultats ont-elles donné? Enfin, quelle est l'utilité de la réglementation en vigueur dans la plupart des pays, de la surveillance médicale de la prostitution, du maintien des maisons de tolérance ? Cette réglementation peut-elle être améliorée? Comment diminuer la prostitution d'une manière légale? Comment diminuer les autres agents de dissémination de la syphilis et des maladies vénériennes ?

Avec un programme tellement vaste il n'est pas surprenant que peu de questions aient été résolues en 1899 ; le danger social des maladies vénériennes avait été constaté ; sur plusieurs points les divers membres de la Conférence avaient été d'accord. M. Sand, secrétaire de la conférence les énumère ainsi.

1° L'intervention des pouvoirs publics dans la réglementation de la prostitution telle qu'elle est pratiquée n'a pas donné des résultats d'une efficacité certaine ou du moins suffisante ;

2° La prostitution des filles mineures est la plus dangereuse et doit être l'objet de mesures des plus radicales ;

3° L'organisation de l'enseignement de la vénéréologie dans les universités réclame des réformes ;

4° En dehors de la prostitution, l'action des pouvoirs publics pourrait utilement s'exercer par la vulgarisation des notions relatives aux dangers individuels et sociaux de la syphilis ;

5° Il y a lieu d'établir la statistique des maladies vénériennes sur des bases uniformes pour tous pays.

Le programme de la Conférence de 1902 comportait des questions relatives à la *prophylaxie publique* et à la *prophylaxie individuelle*.

I. *Prophylaxie publique.* — Attendu, d'une part, que les pouvoirs publics ont le devoir de défendre la société contre la propagation des maladies transmissibles qui, par leur fréquence ou la facilité avec laquelle elles se répandent, offrent un danger public, et, d'autre part, qu'en dehors même du point de vue sanitaire, ils ont la mission de protéger les mineurs abandonnés de leur famille.

A. — Quelles sont les mesures de prophylaxie publique à prendre, sous forme de dispositions légales, contre les maladies vénériennes, notamment en ce qui concerne les points suivants :

RELATIVEMENT A LA PROSTITUTION :

1° La prostitution des mineures ;

2° L'action des pouvoirs publics, soit dans l'intérêt de la moralité et de la tranquillité publiques,soit au point de vue sanitaire ;

3° Les proxénètes et les souteneurs.

EN DEHORS DE LA PROSTITUTION :

1° La protection des mineurs des deux sexes ;

2° L'organisation des secours dus par l'assistance publique aux vénériens ; — les devoirs des institutions de secours mutuels envers les vénériens ;

3° L'allaitement par les nourrices ; — la contagion par les sages-femmes et les gardes-couches ; — la vaccination de bras à bras ; la contagion dans les usines, fabriques, ateliers, etc., par l'intermédiaire des instruments de travail ; — les bureaux de placement ; — la police des hôtels, lieux de logement, etc.

B. — Y a t'il lieu d'appliquer les principes de la responsabilité civile et pénale à la transmission des maladies vénériennes ?

II. *Prophylaxie individuelle.* — Considérant que si les pouvoirs publics ont à prendre des mesures de prophylaxie contre les maladies vénériennes, le devoir de se préserver incombe avant tout aux individus eux-mêmes, aux individus *sains* en évitant tout contact dangereux avec une personne ou un objet contaminés, aux individus *malades* en évitant ce qui, de leur part, peut contaminer les autres ;

1° Quels sont les moyens de vulgarisation auxquels il convient d'avoir recours pour éclairer la jeunesse et le public en général sur les dangers individuels et sociaux de la syphilis et de la blennorrhagie, ainsi que sur les modes de contagion directe ou indirecte de ces deux maladies ;

2° De quelle manière pourrait-on le mieux faciliter la prophylaxie individuelle à l'aide d'institutions hospitalières (dispensaires, refuges, etc.), et de services médicaux destinés aux personnes des deux sexes atteintes de syphilis ou de blennorrhagie ?

Sous le titre *statistique*, la question suivante était enfin posée :

Quelles sont les bases uniformes sur lesquelles il y a lieu d'établir la statistique des maladies vénériennes pour tous les pays ?

La plus importante des conclusions de la Conférence est certainement celle relative à la réglementation et qui a été votée d'un accord

unanime : La réglementation sous sa forme actuelle doit être condamnée.

D'autres conclusions ont une importance réelle aussi et ne sont pas simplement négatives.

Les prostituées vénériennes doivent être considérées comme des malades atteintes d'affections contagieuses et non comme des coupables.

La lutte contre la prostitution des mineures doit être engagée d'une manière active, par la création de sociétés de patronage auxquelles peuvent être confiées les mineures prostituées et en danger de se prostituer, par l'obligation d'une éducation tutélaire aux moralement abandonnées, et l'instruction obligatoire sous forme de cours d'adultes jusqu'à dix-huit ans, par la répression des cafetiers et cabaretiers qui prêtent leurs locaux à la prostitution, par la punition de la séduction, etc.

Certaines réformes intéressantes dans l'organisation des hôpitaux ont été proposées. Ainsi on a voté le vœu que le traitement gratuit soit assuré dans la plus large mesure possible à tout vénérien, que les dispositions défavorables aux vénériens disparaissent des consultations, que le secret médical soit respecté dans les hôpitaux. Des propositions tendant à créer des dispensaires de quartiers, à organiser la consultation individuelle dans les hôpitaux, la séparation des sexes aux consultations, la création de services de dermatovénéréologie dans les divers hôpitaux, à mettre le traitement des vénériens à la charge de l'Etat, à proscrire le traitement par les charlatans ont été votés à une grande majorité.

Sans voter l'institution de lois destinées à infliger une responsabilité civile et pénale aux contaminateurs. semblables à celles de la Norvège, la Conférence a été d'avis d'utiliser largement les dispositions législatives actuelles pour réprimer la contamination en dehors de la prostitution.

Il a été convenu que la vulgarisation du péril vénérien serait faite de la manière la plus large auprès du public et complétée par l'éducation de la jeunesse scolaire, par des instructions données aux conscrits. Une notice, une brochure et un livre traitant des dangers de la blennorrhagie et de la syphilis seraient rédigés sous le contrôle de la conférence et répandus dans le monde entier.

Des mesures sévères doivent être prises pour empêcher la contamination *extra génitale* par les nourrices, la vaccination, les instruments du travail.

En ce qui concerne la statistique, la Conférence a décidé de créer un bureau international chargé d'établir des bases uniformes.

Enfin il a été décidé de créer une organisation permanente sous forme d'une *Société internationale de prophylaxie sanitaire et sociale de la syphilis* destinée à grouper les efforts faits dans les divers pays, et à faciliter tous les progrès en prenant pour base ceux qui ont été accomplis sur un point particulier.

En quelques jours, la conférence a donc accompli un travail considérable. Sur beaucoup de points, elle n'a pu aboutir à des résultats définitivement applicables. On sait du reste combien toutes les questions qui touchent de près ou de loin à la prostitution sont d'une solution difficile. Dans quelques années, nous saurons exactement quels sont les services rendus par de pareilles réunions; ce qui est certain, c'est qu'ils seront toujours réels, et que s'il existe un moyen de découvrir les mesures pratiques de prophylaxie des maladies vénériennes, c'est d'agiter publiquement, ouvertement l'opinion sur le sujet, de grouper en assemblées des hommes venus des pays différents, ayant des opinions différentes, mais prêts à s'éclairer les uns les autres et à utiliser toutes les notions nouvelles qu'ils peuvent apprendre et qu'ils sont venuschercher.

E. L.

CORRESPONDANCE

NATURE DU PITYRIASIS ROSÉ DE GIBERT

A propos de l'article du Dr Sabouraud. *Revue pratique*, n° 3, juin 1902 (1).

MON CHER COLLÈGUE,

Dans sa réponse à mon article sur le pityriasis rosé, M. Hallopeau touche à des ordres de faits très différents. Il constate d'abord que les vésicules histologiques du pityriasis rosé avaient été décrites par d'autres avant moi. Et je n'en suis nullement fâché. Le fait s'en trouve désormais d'autant plus certain et il intéresse plus la dermatologie que l'insuffisance de ma documentation bibliographique sur le sujet. Peu importe à vous, même à moi, que le fait ait été apporté d'abord par moi ou par d'autres.

La deuxième partie de la lettre de M. Hallopeau développe *l'hypothèse* de l'origine parasitaire du pityriasis rosé. M. Hallopeau a certainement le droit absolu d'y croire, comme moi d'apporter l'opinion inverse ; et cela n'a encore aucune importance.

(1) Lettre adressée au Dr Leredde par le Dr Sabouraud.

La nature de la vésicule du pityriasis rosé, ses caractères histologiques et cytologiques sont des faits. Les hypothèses qu'on peut bâtir sur l'origine de la maladie sont des hypothèses, dont l'une prendra de la valeur, lorsque des faits expérimentaux l'auront affirmé véritable en infirmant l'autre Jusque là, ce sont jeux d'esprit.

Quant à la comparaison de la syphilis avec le pityriasis rosé, ne doit-on pas la trouver bien audacieuse ? Personne ne peut mettre en doute la nature parasitaire de la syphilis parce que personne, depuis des siècles, ne met en doute sa contagiosité dont on connaît même les moyens ordinaires et rares.

Voltaire, lorsqu'il écrivait la généalogie de la vérole de Pangloss en savait certes plus sur ce sujet que nous tous sur le pityriasis rosé, puisque nous n'avons pas, jusqu'ici, une seule preuve de sa transmissibilité possible.

Le pityriasis rosé est une maladie sans gravité d'aucune sorte, toujours parfaitement reconnaissable en ses symptômes et dont le cycle est très caractéristique : la moindre inoculation positive sur l'homme ferait bien mieux notre affaire, que toute affirmation a priori.

Souhaitons seulement que M. Hallopeau nous apporte cette preuve de l'hypothèse qu'il défend si chaleureusement.

Veuillez agréer....

Formulaire Thérapeutique

X. — **Les Crèmes.**

—

Composition. — Nous avons déjà eu l'occasion, en parlant des graisses de laine, d'indiquer la propriété qu'elles possèdent d'absorber de l'eau, dans des proportions considérables. Ce mélange de graisses de laine et d'eau, porte le nom de crème (Darier).

Mais l'affinité de l'adeps lance ou de la lanoline pour l'eau est encore augmentée, lorsque ces graisses sont en présence d'autres corps gras : axonge ou plutôt vaseline.

Le mélange se fait ordinairement dans la proportion d'un de lanoline pour deux de vaseline; il peut dans ces conditions absorber une quantité d'eau considérable (Unna). C'est ainsi que le mélange de lanoline anhydre et de vaseline absorbe 70 p. 100 d'eau, (Unna) ; le mélange d'adeps lanœ et de vaseline peut en absorber jusqu'à 300 p. 100 (Sack).

Darier donne les proportions suivantes :

Lanoline anhydre	5 gr.
Vaseline........	10 gr.
Eau de chaux....	50 gr.

L'eau de chaux doit être préférée, d'après le même auteur, à l'eau distillée pour les crèmes destinées à être conservées quelque temps ; l'eau ordinaire donne une crème qui tend à devenir spongieuse peu à peu.

Darier a fait remarquer que la formule que nous venons de donner demande pour être exécutée avec soin et former un mélange homogène, trois heures de trituration et déclare inutile de pousser le pourcentage d'eau jusqu'à un taux si élevé.

Pour notre compte, la formule que nous employons d'une façon courante est la suivante :

Lanoline	5 gr.
Vaseline	10 gr.
Eau simple ou eau de chaux	de 15 à 20 gr.

Ajoutons qu'à côté de ces crèmes simples, on peut également confectionner des crèmes légèrement astringentes en employant comme liquide, le sous-acétate de plomb en solution ; ou encore l'eau oxygénée (Leistikow).

Rappelons, à propos des crèmes, que des produits similaires existaient depuis longtemps dans la pharmacopée. C'est ainsi que le cold-cream du codex, dont la formule est :

Huile d'amandes douces	215 gr.
Blanc de baleine	60 gr.
Cire blanche	30 gr.
Eau de roses	60 gr.
Teinture de benjoin	15 gr.
Huile de roses	X gouttes.

contient 17 p. 100 d'eau de roses.

Le cérat de Galien, ou cérat à l'eau :

Huile d'amandes douces	400 gr.
Cire blanche	100 gr.
Eau de roses	300 gr.

en contient 37 p. 100.

Enfin, la pommade de concombres, qui a pour formule :

Axonge	1000 gr.
Graisse de veau	60 gr.
Baume de tolu	2 gr.
Eau distillée de roses	10 gr.
Suc de concombres	1200 gr.

contient 55 p. 100 de suc de concombres.

Tous ces produits sont, on le voit, à base de graisse et d'eau, mais ils ont tous le grave défaut de rancir très rapidement.

* * *

Propriétés. — Indications.

Les crèmes ne contenant jamais d'agents médicamenteux sont des topiques qui ne conviennent nullement au traitement actif d'une dermatose, mais qui peuvent être employés très utilement pour calmer l'inflammation produite par un traitement énergique. Grâce à leur teneur élevée en eau, elles sont en effet beaucoup moins congestionnantes pour la peau que les graisses pures. Elles produisent même une sensation marquée de réfrigération (Darier).

Nous les employons fréquemment par exemple, dans la cure d'exfoliation par la pâte résorcinée, pour calmer l'irritation produite après chaque application de pâte. Dans ce cas l'inflammation intense par la résorcine, la kératolyse de la couche cornée, la présence de squames, les débris épidermiques, ne permettraient souvent pas de supporter une pommade ou une graisse pure, alors qu'une crème est bien supportée et calme l'inflammation.

L. Pautrier.

Le Mans.—Imprimerie de l'Institut international de Bibliographie de Paris.— x-1902, n° 1087.

REVUE PRATIQUE

DES MALADIES CUTANÉES, SYPHILITIQUES ET VÉNÉRIENNES

Les Notions nouvelles sur les Tuberculoses de la peau et les Angiodermites tuberculeuses.

LEURS CONSÉQUENCES AU POINT DE VUE DE LA PATHOLOGIE GÉNÉRALE DE LA TUBERCULOSE (1).

Par **L. E. LEREDDE**.

La question de la Tuberculose cutanée a été profondément remaniée depuis cinq ou six ans ; le domaine de ses manifestations a été largement étendu. Après Besnier et Hutchinson, qui y avaient autrefois compris le lupus érythémateux, les dermatologistes ont groupé sous le nom d'*exanthèmes de la tuberculose* (C. Boeck), de *tuberculides* (Darier), de *toxituberculides* (Hallopeau), d'*angiodermites tuberculeuses* (Leredde), une série d'affections : l'érythème induré de Bazin, l'acnitis et la folliclis de Barthélemy. L'origine tuberculeuse de ces maladies est admise aujourd'hui par un grand nombre d'auteurs, et même leur nature tuberculeuse par beaucoup. Or, il ne semble pas que les médecins, en dehors des dermatologistes, aient remarqué l'intérêt général des notions qui se dégagent des travaux récents consacrés aux tuberculoses de la peau, ni leur portée considérable au point de vue de l'étude de la grande infection bacillaire. J'ai déjà essayé de mettre en lumière et de grouper les problèmes qui se posent au sujet des tuberculides et les solutions qu'on peut leur donner ; je voudrais reprendre certains points de la question et signaler quelques détails nouveaux, les traiter encore à un point de vue non uniquement dermatologique.

Le travail très court que j'apporte ici comprend quatre chapitres bien distincts :

I. Existence de formes de tuberculose cutanée, bénignes, *spontanément curables*.

II. Existence de lésions de la peau, *n'ayant pas la structure classique des lésions tuberculeuses*, ne contenant pas de bacilles décelables par la coloration ou l'inoculation au cobaye, ne réagissant pas à la tuberculine, et dues, *soit aux toxines de la tuberculose*, *soit même au bacille tuberculeux*.

(1) Communication au Congrès de Médecine de Toulouse, avril 1902.

III. La question de l'hérédité dans les lésions cutanées d'origine tuberculeuse. *Les angiodermites tuberculeuses familiales.*

IV. *Phénomènes articulaires associés aux angiodermites tuberculeuses.*

I

FORMES BÉNIGNES DE LA TUBERCULOSE DE LA PEAU.

Le *lichen scrofulosorum* de Hebra est décrit par Kaposi comme une affection chronique de la peau, où l'on observe des papules miliaires plates, sans résistance, rouge pâle, rouge brun ou rouge livide, groupées en amas, parfois d'une façon des plus régulières, pouvant atteindre l'étendue d'une pièce de cinq francs. Ces papules, couronnées d'une squame très fine, parfois d'une pustulette, persistent pendant des mois.

On les rencontre surtout sur le tronc, au dos et au bas-ventre. Elles se développent lentement. On peut simultanément trouver aux jambes des lésions entourées d'une auréole livide (*lichen lividus*) et des lésions franchement pustuleuses (*acné des cachectiques*).

L'affection survient surtout chez l'enfant et plus tard, peu après la puberté.

La description du *lichen scrofulosorum* a été peu modifiée par les auteurs récents. Kaposi insiste déjà sur le siège habituellement péripilaire des papules. Boeck en a récemment décrit la localisation faciale sous le nom d'*eczéma scrofulosorum* et y fait même rentrer une autre affection, le *pityriasis simplex de la face des enfants*. Des lésions eczématoïdes sont du reste déjà signalées sur le tronc par Kaposi (1).

Mais si la description clinique n'a pas été modifiée depuis le moment où le *lichen scrofulosorum* a été reconnu comme une maladie spéciale, l'étude histologique a été l'objet de travaux récents (Jacobi, Saek, Darier, Leredde, Jadassohn) qui ont établi les faits suivants :

Les papules siègent, comme le montre l'observation clinique, autour des follicules pilo-sébacés, non exclusivement. On trouve, dans la partie supérieure du derme, des amas cellulaires comprenant des plasmazellen, des leucocytes, des *cellules épithélioïdes* et des *cellules géantes*, le tout parfois disposé sur un réticulum. On peut voir en certains points de la caséification. Je me suis assuré récemment que les capillaires de la peau sont dilatés et offrent des parois épaisses.

Pour déterminer la nature de ces lésions, des renseignements concordants nous sont fournis par l'étiologie, la séméiologie, l'anatomie

(1) Kaposi, trad. Besnier et Doyon, 2e édit., t. I, p. 624.

pathologique, la bactériologie, l'expérimentation. A l'heure actuelle, lorsque nous rencontrons chez un malade atteint de tuberculose, quel que soit son siège, des lésions où existent des cellules géantes, où peuvent se trouver des bacilles, qui peuvent donner la tuberculose au cobaye, qui réagissent à la tuberculine, nous déclarons avoir en mains des éléments plus que suffisants pour affirmer l'origine et la nature tuberculeuses de pareilles lésions.

a) Il est *exceptionnel* chez un malade, atteint de *lichen scrofulosorum*, de ne pas observer antérieurement et presque toujours simultanément des phénomènes évidents de tuberculose, ostéites et ostéoarthrites, gommes tuberculeuses de la peau, abcès froids, lésions pulmonaires *plus rarement* (Hallopeau et Leredde) (1).

Il convient d'ajouter que si tous ces phénomènes sont en faveur de l'origine tuberculeuse, rien n'indique une origine autre.

Hallopeau a insisté sur le siège possible des lésions autour de foyers tuberculeux de la peau et a observé, en 1892, un cas des plus remarquables où l'on voyait une cicatrice de gomme tuberculeuse, une couronne de nodules lupiques et tout autour des saillies miliaires de *lichen scrofulosorum*. Des faits analogues ont été observés depuis.

b) *Nous avons vu quels sont les caractères anatomo-pathologiques.*

L'examen microscopique peut donner des renseignements encore plus importants et montrer la présence de bacilles tuberculeux. En 1892, Jacobi a réussi à en colorer, et depuis Wolff (*Deutsche Derm. Gesells*, 1899) a trouvé des bacilles dans plusieurs papules typiques.

Dans quelques cas, les lésions sont inoculables au cobaye ; si les

(1) Statistique faite d'après la *Table des matières des Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1895-1901 (sept années) :

1901. HUDELO et HERRENSCHMIDT, *Lichen Scrofulosorum*. — Enfant de douze ans : Adénite tuberculeuse du cou. Adénopathies inguinales et cervicales. Coxalgie, etc.

1900. DANLOS, *L. S.* — Gommes tuberculeuses. Ostéites. Lésions pulmonaires.

1899. N. WALKER, *Case of L. S.* — Garçon de trois ans et demi : Altération progressive de la santé générale ; on pense à une tuberculose péritonéale.

WOLFF. — 3 cas de *L. S.* — Dans les trois, autres symptômes tuberculeux ; lupus, scrofuloderme ulcéreux, lymphadénites.

A. FOURNIER, *L. S.* — Malade sans troubles de la santé générale ni manifestations tuberculeuses. Darier fait observer que la biopsie peut seule trancher la question de la nature de la dermatose.

GILCHRIST, *L. S.* chez une petite négresse ; polyadénopathie légère ; cependant, aucun phénomène de tuberculose.

MORRIS, *L. S.* — Adénites tub. suppurées du cou.

NEUMANN, *L. S.* — Lupus de la face.

1898. THIBIERGE, *L. S.* — Tuberculose pulmonaire. Gommes multiples. Attaques de rhumatisme avec déformations articulaires.

HAUSHALTER, *L. S.* — 2 cas. Dans les deux, polyadénopathies ; pas de signes cliniques de tuberculose nets. (Le diagnostic de ces cas a été contesté depuis). L'inoculation de fragments de peau biopsiée a donné la tuberculose au cobaye.

1896. HALLOPEAU et BUREAU, *L. S.* — Cicatrices ganglionnaires.

1885. FEULARD, *L. S.* — Ganglions cervicaux suppurés.

DU CASTEL, *L. S.* — Adénopathies suppurées. Dacryocystite chronique et ulcération de la face.

En somme 16 cas. La tuberculose *paraît* manquer au plus dans 5 cas.

faits de Haushalter ont été contestés par Hallopeau, on ne peut mettre en doute les faits de Jacobi, Pellizzari, où l'inoculation a été positive.

Enfin, la réaction à la tuberculine a été notée quatorze fois sur seize par Jadassohn.

En réunissant tous ces faits, on ne peut douter des rapports du *lichen scrofulosorum* avec la tuberculose, ou bien il faut renoncer à toute conviction scientifique dans l'ordre des choses médicales.

Mais voici où la question du *lichen scrofulosorum* devient des plus intéressantes et ne peut être négligée par tout médecin qui s'occupe de tuberculose.

Le *lichen scrofulosorum* est une maladie TOUJOURS *curable*. Et je ne dis pas curable par les moyens externes dont nous disposons ni par les moyens internes, mais curable *spontanément* ; elle disparaît en quelques mois, *sans laisser de traces*. Qu'on applique sur les lésions de l'huile de foie de morue, ou simplement du glycérolé d'amidon, ou de la poudre de talc, *ou rien du tout*, elles guérissent.

Mais enfin, dans les viscères, nous ne connaissons pas de tuberculose comparable. On ne nous a pas parlé de bronchites, dues à des tubercules superficiels des bronches, persistant quelques mois, guérissant quoi qu'on fasse, sans laisser d'ulcérations, de cicatrices, guérissant sans aucun reliquat. On ne nous a pas parlé d'entérites dues à des tubercules de l'intestin et guérissant de même. On admettait, il y a peu de temps, que la méningite tuberculeuse est incurable, et cependant nous voilà amenés à nous demander si nous connaissons bien toutes les formes de la tuberculose viscérale, si nous connaissons en particulier les formes bénignes, non virulentes, qui échappent à notre observation lorsqu'elles ne tuent pas le malade, et lorsque nous n'avons pas de moyens de mettre en évidence l'existence de bacilles, trop rares et trop peu virulents,

Si l'étude de ces formes bénignes de tuberculose doit être abordée un jour, elle le sera certainement chez les mêmes enfants, chez lesquels on observe le lichen scrofulosorum, considérés autrefois comme des scrofuleux et maintenant comme des malades infectés d'une manière diffuse par la tuberculose, mais sous une forme atteignant les ganglions, le système osseux, la peau..., et qui offrent ce caractère si remarquable, qui appartient à la scrofule (1), d'être à la fois tuberculeux plus que tous autres malades et résistants à la tuberculose, c'est-à-dire que celle-ci se présente sous une forme atténuée, envahissant largement l'organisme sans déterminer de lésions mortelles limitées, pulmonaires par exemple, et ne tuant qu'à la longue, parfois avec des accidents aigus tels qu'une méningite.

Nous ne pouvons guère croire que ces « scrofuleux », ces malades

(1) Leredde, *Les tuberculides*. Semaine médicale, 3 janvier 1900.

atteints d'une infection tuberculeuse généralisée, mais peu virulente, jouissent du privilège d'être les seuls individus qui peuvent réaliser les formes bénignes et spontanément curables de la maladie. Et nous pouvons certes nous demander si des accidents pathologiques, dont l'origine est mal déterminée jusqu'ici, ne sont pas liés à la tuberculose, et si nous ne devons pas modifier largement nos idées sur la gravité nécessaire de celle-ci.

Il existe au niveau de la peau d'autres lésions tuberculeuses spontanément curables ; mais ces lésions guérissent par le procédé habituel de guérison de la tuberculose, c'est-à-dire par la sclérose. Je fais allusion en ce moment à ce que Leloir a appelé le lupus sclérosé. Ce qui fait l'originalité du lichen scrofulosorum, c'est que la guérison se produit sans réaction, au moins sans réaction perceptible du tissu conjonctif.

Dans cette guérison, il faut faire une part à l'éviction naturelle par la peau.

Danlos et Sabatié ont publié en 1899, à la Société de dermatologie. un cas des plus remarquables qu'ils ont intitulé « Lupus tuberculeux généralisé », où les lésions disséminées sur le corps débutaient par de petits nodules intradermiques, faisant peu à peu émergence à la surface, et où apparaissaient des taches sucre d'orge, semblables à des lupomes vulgaires. Peu à peu, l'infiltration disparaissait, la surface prenait un aspect cicatriciel, enfin on assistait à une guérison de l'élément. L'examen histologique que je fis me montra les lésions du lupus érythémato-tuberculeux. Contrairement à ce qu'on aurait pu croire, on n'assistait pas à une sclérose dermique, mais à l'élévation progressive de la profondeur vers la surface des lésions avec restitution complète dans la profondeur, à une sorte d'élimination de la lésion tuberculeuse. Ce phénomène rappelle ce que nous venons de signaler dans le lichen scrofulosorum et se retrouve dans d'autres tuberculides ; dans l'érythème induré, il est particulièrement manifeste.

II

FORMES ATYPIQUES DE LA TUBERCULOSE CUTANÉE. ANGIODERMITES TUBERCULEUSES.

J'aborde maintenant un sujet plus grave et beaucoup plus difficile.

La nature bacillaire du lupus de Willan est aujourd'hui admise par tout le monde. Les preuves résultent de l'existence de follicules tuberculeux et de la présence possible de bacilles colorables sur les coupes, — très rares, mais ceci est sans importance étant donné que les bacilles manquent dans des lésions viscérales telles que des tubercules du foie et de la rate, dont la nature n'est pas douteuse, — de l'inoculabilité au cobaye, de règle, mais non constante, de la sensibilité à

la tuberculine. A l'époque où les preuves expérimentales n'étaient pas si nombreuses, on insistait sur d'autres éléments de conviction. Besnier avait montré, il y a déjà longtemps, que chez les malades atteints du lupus de Willan la tuberculose pulmonaire est fréquente ; en outre, on rencontre d'une manière banale chez eux des accidents, en particulier des adénopathies froides, jadis considérés comme scrofuleux, mais dont la nature bacillaire n'est plus mise en doute. Bref, le lupus vulgaire représente une tuberculose chronique peu virulente de la peau, pauvre en bacilles, s'opposant à la tuberculose aiguë des orifices très virulente, riche en bacilles.

Cliniquement, c'est-à-dire à l'examen macroscopique, le lupus vulgaire, dans son type plan, se caractérise par des taches jaunes sucre d'orge, molles à la piqûre. Ce sont des « lupomes » qui correspondent à des amas de follicules tuberculeux et à des zones de caséification.

Or, il existe une affection de la face où des lupomes identiques aux précédents se trouvent compris dans des lésions d'un aspect très différent de celui du lupus vulgaire, c'est le lupus érythématoïde de Leloir. Cliniquement, on trouve au milieu de lésions cutanées identiques à celles du lupus érythémateux les taches sucre d'orge molles du lupus vulgaire ; histologiquement, des follicules tuberculeux au milieu des lésions les plus caractéristiques du lupus érythémateux, c'est-à-dire une infiltration cellulaire avec dégénérescence des éléments, artérite, phlébite, hémorragies, néoformations vasculaires, lésions annexes des glandes sébacées, sudoripares et de l'épiderme. On peut admettre, en somme, qu'autour des foyers tuberculeux s'est faite une réaction anatomique d'un type anormal ; mais il est assez étrange d'observer au niveau de la peau une réaction de cet ordre, car, dans les tuberculoses viscérales, ganglionnaires, nous ne connaissons pas de lésions exactement comparables ou du moins on n'en a pas décrit jusqu'ici.

Enfin, nous arrivons à une difficulté extrême avec la question du lupus érythémateux vulgaire Au moment où l'étude histologique des lésions de la peau était loin d'être faite, où les caractères anatomiques de la tuberculose n'avaient pas encore été schématisés et réduits á quelques éléments très simples, et où le bacille de Koch n'avait pas été découvert, l'enquête clinique avait réuni sur ce lupus des éléments d'information qui avaient permis à Besnier d'en faire une lésion tuberleuse. Malgré les protestations des histologistes, des bactériologistes, des auteurs allemands, de Kaposi, M. Besnier a maintenu, contre presque tous les dermatologistes en dehors de ses élèves directs, ses conclusions anciennes, et il se trouve qu'aujourd'hui un grand nombre de dermatologistes croient qu'il a eu raison.

C'est, en effet, que, chez les malades atteints de lupus érythémateux, on trouve exactement les mêmes antécédents héréditaires et personnels, les mêmes accidents pathologiques concomitants que

chez ceux qui sont atteints de lupus de Willan. M. Besnier a déclaré, et le fait a été peu contesté, que ces malades meurent plus souvent de tuberculose pulmonaire que les lupiques vulgaires. La présence d'accidents tuberculeux, ganglionnaires, articulaires, dans le lupus érythémateux, est de règle. Je viens de relever avec mon assistant, M. Pautrier, les observations des malades atteints de cette maladie que nous avons soignés par la photothérapie. Presque tous présentent des antécédents ou des accidents tuberculeux. Notre statistique sera publiée.

Si nous n'avions que ces éléments de jugement, en l'absence de faits expérimentaux et histologiques contradictoires, nous devrions déclarer, semble-t-il, que le lupus érythémateux est d'origine tuberculeuse, la tuberculose, comme je l'ai déjà dit, étant tellement fréquente qu'on ne peut admettre une pure et simple coïncidence, et qu'il faut penser qu'il y a une relation de cause à effet, à moins d'admettre que sur un terrain spécial le bacille tuberculeux provoque les lésions de la tuberculose dans les ganglions, le poumon, etc., alors qu'une autre cause agissant sur le même terrain amène les réactions du lupus érythémateux. Mais quelle serait cette cause ?

Il est déjà frappant de voir que les lésions du lupus érythémateux peuvent s'associer, comme nous l'avons dit plus haut, à celles du lupus tuberculeux et enclaver les lésions élémentaires de celui-ci, les follicules tuberculeux qui constituent les lupomes.

Voici qui n'est pas moins remarquable. La structure du lupus érythémateux est assez bien connue, quoique malheureusement les histologistes n'aient pas distingué d'une manière rigoureuse les stades de la maladie, et qu'en particulier nous soyons peu renseignés sur les lésions initiales et les lésions profondes. Certains ont eu la patience d'étudier les lésions adultes de la manière la plus complète. Dans trois cas, Audry a fait plusieurs centaines de coupes sur des lésions étendues de lupus érythémateux ; *trois fois*, il a trouvé une, deux ou quelques cellules géantes, isolées, sans infiltrat cellulaire au milieu du tissu conjonctif.

A quoi donc correspond la présence de ces éléments dans une affection qui offre tant de rapports cliniques avec la tuberculose ?

Parfois, comme je l'ai vu dans un cas, les lésions de la surface sont exactement, au point de vue clinique, celles du lupus érythémateux, il est impossible de parler de lupus érythématoïde. Or, partout, au milieu des lésions du lupus érythémateux, on trouve alors de petits follicules tuberculeux.

Nouveau fait. J'ai écrit plus haut que les malades atteints de lupus érythémateux présentent souvent des adénopathies tuberculeuses. Mais ces adénopathies ne sont pas quelconques, ce sont surtout des adénopathies cervicales ; on peut voir, quand elles prédominent dans une région du cou bien limitée, qu'elles répondent au territoire occupé

par le lupus. J'ai publié un cas de ce genre où un ganglion était rempli de pus fourmillant en bacilles. Un fait semblable a été cité par Hallopeau et Jeanselme.

Il faut enfin ajouter que si le lupus érythémateux ne réagit pas à la tuberculine dans la règle, il réagit dans quelques cas très rares.

Ainsi nous voilà amenés à poser sur un point spécial de l'histoire des tuberculoses cutanées un point d'interrogation des plus graves. Ne serait-il pas possible, en principe, que nous ignorions certaines des réactions anatomiques de la tuberculose ? Comme je l'ai fait remarquer en discutant la théorie des manifestations « parasyphilitiques » de A. Fournier, le schéma anatomique de la syphilis a été établi par des histologistes qui prenaient pour objet d'étude des pièces à eux fournies par les cliniciens : des tubercules, des papules et des gommes, des lésions de sclérose viscérale dans le cas de la syphilis. Les cliniciens ne pouvaient leur apporter d'autre objet d'étude puisqu'ils ignoraient, il y a trente ans, les relations d'autres maladies avec la syphilis. Pouvons-nous admettre que par la création d'un schéma destiné à faciliter la compréhension des lésions typiques de la syphilis, les histologistes aient eu le droit de déclarer que toute lésion non conforme à ce schéma ne pouvait être syphilitique, et que le tabes, la paralysie générale, la leucoplasie ne sont pas des produits syphilitiques dans leur nature et non seulement dans leur origine ?

Des considérations identiques peuvent être développées pour la tuberculose, et nous n'avons vraiment pas le droit de déclarer qu'en l'absence de follicules tuberculeux un syndrome anatomique ne peut être tuberculeux, surtout si dans ce syndrome on peut trouver de temps en temps ces follicules complets ou ébauchés, et même penser qu'on les trouverait toujours à condition d'avoir la patience, comme Audry, de faire des centaines de coupes.

Il n'y a pas de bacilles dans le lupus érythémateux ? Qu'en savons-nous exactement ? Et quel dermatologiste a fait le nombre d'examens suffisants, portant sur toutes les coupes d'un lupus érythémateux, pour déclarer qu'il n'y en a pas ?

Quand à l'inoculation négative du cobaye, elle n'a que la valeur des faits négatifs, et démontre seulement qu'à la surface des fragments insérés dans le péritoine de cet animal il n'y a pas de bacilles ou même qu'il n'y a pas de bacilles virulents pour le cobaye.

On me permettra de ne pas insister sur l'argument de la non réaction à la tuberculine. Il n'a pas une valeur absolue pour tous les lupus érythémateux ; certains réagissent, et on peut se demander s'il existe deux maladies confondues sous le nom de lupus érythémateux dont une seule réagissant à la tuberculine est de nature tuberculeuse, et dont l'autre ne l'est pas, maladies semblables, du reste, par tous leurs caractères anatomo-cliniques, par leur développement chez des

individus atteints habituellement de diverses manifestations tuberculeuses. On peut bien se demander aussi de quel droit nous déclarons que fatalement, dans tous les cas, toute lésion tuberculeuse doit réagir à la tuberculine, et c'est ce que je me demande dans ce travail et dans les réflexions auxquelles j'ai été amené par mes recherches sur les « angiodermites tuberculeuses ».

Le groupe des angiodermites tuberculeuses ou, comme l'a appelé Darier, qui a groupé le premier sous un nom commun des lésions isolées jusque-là, des tuberculides, comprend, entre autres maladies une affection singulière décrite par Bazin sous le nom d'érythème induré. Cette affection se caractérise par le développement aux membres inférieurs de nodosités dures, d'abord sous-cutanées, puis intradermiques, provoquant alors une rougeur, guérissant par élimination superficielle, après ulcération sans suppuration réelle (type Hutchinson), ou se résorbant purement et simplement.

Se fondant sur les considérations cliniques qui ont déjà fait comprendre le lupus érythémateux dans les manifestations de la tuberculose, Boeck a classé l'érythème induré dans les exanthèmes tuberculeux — tuberculides de Darier — angiodermites tuberculeuses.

En 1898, j'ai eu l'occasion d'étudier histologiquement un cas de cette maladie. Les lésions sont, au premier chef, des lésions vasculaires, plus marquées sur les veines, associées à des lésions de nécrose et à une infiltration lymphocytique, le tout prédominant dans la région hypodermique. J'ai classé ce fait sous le nom de tuberculide. Frappé de l'importance des lésions vasculaires que j'avais déjà mises en lumière dans la description histologique de l'acnitis de Barthélemy, j'ai pu rapprocher les lésions de l'érythème induré de celles du lupus érythémateux. Or, dans les types aigus de celui-ci, il existe des lésions vasculaires et de nécrose fondamentales. Ces lésions des vaisseaux sont constantes dans la forme classique ; elles sont considérables et presque exclusives dans des formes superficielles qui atteignent la main en hiver pour disparaître en été. (Leredde et Pautrier) (1).

Eh bien, depuis que j'ai décrit les lésions de l'érythème induré, il s'est passé ceci : Thibierge et Ravaut, Mantegazza, Philippson ont étudié l'affection, retrouvé les mêmes lésions, mais en outre, peut-être parce que leurs biopsies ont été encore plus profondes que les miennes, peut-être parce qu'ils ont observé des cas à une autre période d'évolution, ils ont trouvé des cellules géantes, et l'*inoculation au cobaye a été positive* dans la chambre antérieure de l'œil du lapin.

Si je voulais étendre ce travail, j'aurais à parler encore de l'acnitis

(1) Leredde, *Tuberculides nodulaires des membres inférieurs.* (Ann. de derm., 1898). — Leredde et Pautrier, *Lupus érythémateux de la face. — Angiodermite tuberculeuse des mains.* (Soc. de derm., mars 1902).

et de la folliclis, où on trouve des cellules géantes, d'autres affections encore. Je préfère me borner et rester dans les lignes générales de la question. On peut la résumer en quelques lignes.

Il existe un groupe de maladies de la peau, nodulaires ou en plaques, érythémateuses à l'origine, tendant plus tard vers la résorption avec atrophie de l'épiderme et du derme, qui offrent avec la tuberculose des rapports cliniques manifestes. Elles existent chez des descendants de tuberculeux, chez des sujets qui ont eu antérieurement ou ont simultanément, dans un très grand nombre de cas, des manifestations tuberculeuses en dehors de la peau. Ces affections forment un groupe naturel ; elles s'associent deux à deux sur un même individu (1), *elles se rapprochent étroitement par leurs caractères histologiques.*

Aux lésions propres à ces affections, peuvent s'associer en toutes proportions, dans toutes les formes, des follicules tuberculeux complets ou incomplets. Dans certains cas même on peut révéler des bacilles par la preuve de l'inoculabilité au cobaye.

Pour toutes ces affections, nous devons nous demander si notre conception anatomique de la tuberculose n'est pas trop étroite, si nous pouvons toujours donner la preuve de la nature tuberculeuse d'une lésion par l'inoculabilité au cobaye et la sensibilité à la tuberculine.

La pathogénie de ces maladies est encore l'objet de quelques discussions entre les dermatologistes qui admettent leur origine tuberculeuse. Les uns, comme Hallopeau, croient qu'il s'agit de lésions d'origine toxique; Haury, Darier, admettent l'action directe de bacilles atténués. C'est ce que je pense également aujourd'hui. Il est difficile d'interpréter autrement les lésions du lupus érythémateux où l'on peut trouver des cellules géantes isolées et qui sont fondamentalement identiques à celles de l'érythème induré où on a trouvé des bacilles. Mais que faut-il faire du lupus érythémateux aigu, où, jusqu'ici, on n'a trouvé ni cellules géantes, ni bacilles, des formes superficielles éphémères du lupus érythémateux, où, comme je viens de le voir avec M. Pautrier, on ne trouve que des lésions vasculaires considérables et une infiltration cellulaire périphérique, sans rien qui puisse rappeler les lésions normales de la tuberculose, de l'angiokératome de Mibelli, qui est rattaché à la tuberculose par les liens cliniques les plus étroits (Leredde), et aux autres tuberculides par sa structure. Que faut-il faire enfin de l'asphyxie des extrémités qui est si fréquente, presque de règle chez les malades atteints de tuberculides et où on trouve également des lésions vasculaires ?

Toutes ces difficultés m'obligent à ne pas élargir en ce moment le

(1) Leredde. *Les tuberculides.* (Semaine médicale, janvier 1900).

champ des hypothèses et à ne pas heurter davantage les dogmes admis aujourd'hui sur la tuberculose. Je me contente de grouper toutes les affections que je viens d'énumérer sous le nom d'*angiodermites tuberculeuses*. En admettant que toutes sont d'origine tuberculeuse, un grand nombre peut être de nature tuberculeuse ; l'avenir nous apprendra quelles sont exactement celles qui rentrent dans cette dernière catégorie.

III.

L'HÉRÉDITÉ DANS LES LÉSIONS CUTANÉES D'ORIGINE TUBERCULEUSE. LES ANGIODERMITES TUBERCULEUSES FAMILIALES.

L'angiokératome de Mibelli, dont je viens de parler, serait donc, à mon avis, une angiodermite tuberculeuse au même titre que le lupus érythémateux, l'érythème induré. Lorsque j'ai émis l'hypothèse de son origine tuberculeuse et rattaché l'affection au groupe des tuberculides, une objection a été formulée par M. Hallopeau. L'angiokératome de Mibelli est une affection « familiale », c'est-à-dire qu'on le rencontre chez des frères et des sœurs, comme la maladie de Recklinghausen, comme le xeroderma pigmentosum, comme les nœvi symétriques de la face, etc. Il semble impossible, dans ces conditions, d'en faire une affection d'origine tuberculeuse, l'angiokératome paraissant être une malformation tégumentaire, une dystrophie, se rapprochant des nœvi, offrant seulement cette particularité de se manifester par des lésions éphémères, alors que les nœvi, une fois apparus, persistent sur la peau. L'origine de cette malformation aurait été aussi obscure, aussi parfaitement inconnue que celle des nœvi en général, lésions au sujet desquelles nous possédons un grand nombre de faits, mais qui n'éclaircissent ni leur pathogénie ni leur étiologie. M. Hallopeau, ne méconnaissant pas la valeur des faits que j'avais signalés au sujet des antécédents tuberculeux chez certains malades atteints d'angiokératome, et la coexistence de manifestations tuberculeuses et des tuberculides admettait que nous confondons deux affections sous le nom d'angiokératome, l'une familiale, analogue aux nœvi, l'autre non familiale, d'origine tuberculeuse.

Cette hypothèse me paraissait difficile à admettre, et je ne croyais guère que des lésions aussi différenciées que celles de l'angiokératome, aussi spécifiques malgré la simplicité des caractères macroscopiques, pussent reconnaître tantôt une pathogénie, tantôt une autre, et que nous confondions deux maladies sous le nom d'angiokératome. Je réservai mon opinion, attendant de nouveaux faits.

Or, récemment, j'ai observé avec mon assistant, M. Pautrier, le fait suivant qui nous a extrêmement frappés. Il s'agissait d'une malade

atteinte simultanément d'angiokératome et de lupus pernio de la face (forme anciennement classée dans le lupus érythémateux et dont la structure tuberculeuse possible a été démontrée dans un cas par Gastou). En étudiant les antécédents, nous apprîmes que le frère présentait du lupus érythémateux des oreilles, que nous pûmes constater directement ; le père lui-même avait eu des accidents identiques. Quelques recherches bibliographiques que nous fîmes à la suite de cette observation nous apprirent que des cas de coexistence de tuberculides chez plusieurs membres d'une même famille avaient été publiés par plusieurs auteurs : ainsi Rona, qui a rencontré le lupus érythémateux chez trois sœurs, Roth qui a rencontré la même maladie chez une femme, sa sœur et son fils. Dans un fait de Weidenhammer, deux frères présentaient l'un un lupus tuberculeux, l'autre du lupus érythémateux. J'ai fait depuis ce travail quelques recherches nouvelles. Ma surprise a été grande en découvrant que le lupus tuberculeux lui-même peut être une maladie « familiale » ; une statistique de Leloir en donne la preuve incontestable.

Sur trois cent douze observations personnelles recueillies en huit ans, Leloir a observé *onze cas dans lesquels le lupus atteignait simultanément un des parents et un des enfants*; *quinze cas dans lesquels deux frères*, *un frère ou une sœur*, *deux sœurs étaient atteints*, *soit vingt-six en tout* (1). Ces cas ne s'expliquent pas par la contagion ; notons comme preuve, entre autres, que Leloir n'a pas relevé de coexistence de lupus chez le mari et la femme ; et rapprochés des autres faits que j'ai cités plus haut, ils permettent de poser une série de questions nouvelles au sujet des tuberculides (2).

Comment se fait-il que la tuberculose, maladie parasitaire due à un bacille apporté à l'organisme au cours de l'existence, affecte chez des parents des tissus semblables ? Nous ne savons pas si des faits analogues à ceux que je viens de signaler pour le lupus n'existent pas pour la tuberculose ganglionnaire, articulaire ou d'autres formes encore, mais la question doit être posée et résolue dans un sens ou un autre. J'ai commencé récemment une enquête sur ce sujet. Le Dr Ménard, chirurgien de l'hôpital de Berck, m'a répondu qu'il est très fréquent de trouver deux cas ou plus de tuberculose du même genre, ganglionnaire ou osseuse, chez plusieurs membres d'une même famille, frères et sœurs, parents et enfants, etc. D'autre part, les médecins d'enfants connaîtraient des exemples de méningite tuberculeuse familiale. Comment se fait-il donc que la peau présente héréditairement chez certains sujets des qualités qui la rendent propre à la

(1) Leloir, *La Scrofulo-tuberculose de la peau*. Paris, Battaille, 1892.
(2) Le Dr Chatin vient de me rapporter le cas de deux lupiques de l'hôpital Saint-Louis et qui ont trois enfants ; *deux sont atteints de lupus*. J'ai observé récemment à ma clinique deux sœurs ayant un lupus du nez.

germination du bacille tuberculeux, sous une forme spéciale du reste, particulièrement lente et peu virulente? Bien plus, comment se fait-il, —si l'on admet avec moi que l'angiokératome est une angiodermite tuberculeuse — que, chez certains, la tuberculose amène des manifestations d'une forme anatomique tout à fait spéciale, de caractère très différent de ce qu'elle produit presque toujours ? Il en est de même, nous l'avons vu, pour le lupus érythémateux, et si les observations ne sont pas nombreuses, c'est sans doute que l'attention n'a pas été encore éveillée sur ce sujet ; les faits se multiplieront avec le temps.

Il faut se contenter dans tout cela de poser des questions. A mon avis, la solution est difficile à donner : elles se rattachent à des problèmes de pathologie générale des plus passionnants concernant les qualités du terrain organique, et qu'il n'y a plus à expliquer par le mot vague d'état diathésique, mais par des conditions anatomiques et chimiques très précises qui peuvent différencier un individu d'un autre, et, chez un individu déterminé, un tissu en particulier du même tissu considéré chez un autre.

Les antécédents héréditaires des malades atteints de lupus vulgaire ont été l'objet de nombreuses études au moment où les cliniciens abordaient le problème des rapports du lupus et de la tuberculose.

Leloir (1), qui a repris ces recherhes, a noté sur 312 cas, 186 fois l'existence probable de phtisie dans l'entourage des lupiques. Il donne le tableau ci-contre :

Tuberculose pulmonaire probable dans l'entourage des lupeux :

47	cas, le père ;	2	cas, la tante ;
55	— la mère ;	3	— le mari ;
24	— la sœur ;	6	— la cousine ;
27	— le frère ;	3	— le patron ;
9	— l'oncle :	10	— les domestiques.

Il faut ajouter que, quarante fois, il existait chez les parents, sœur, père, frère, des gommes scrofulo-tuberculeuses, des tumeurs blanches, des lésions osseuses, un mal de Pott.

Pour Leloir, ces faits s'expliquent par la contagion.

Mais, à étudier la statistique précédente on remarque qu'elle entraîne des conclusions opposées à celles de Leloir. Comment expliquer, dans son hypothèse, que sur cent quatre-vingt-six lupiques, trois fois seulement le mari atteint de tuberculose pulmonaire, jamais la femme d'un lupique, alors que cent cinquante-trois fois la tuberculose du poumon s'observe chez le père, la mère, la sœur ou le frère ?

(1) Leloir, *La Scrofulo-tuberculose de la peau*, p. 281.

D'ailleurs le lupus de la face, dans le cas où il n'est pas ulcéré, ne peut être considéré comme une maladie très contagieuse, aucun bacille n'étant présent dans l'épiderme. Enfin, s'il faut des fragments volumineux pour produire la tuberculose du cobaye par insertion dans le péritoine, on peut penser que dans les formes ulcérées du lupus elles-mêmes, la présence du bacille en abondance à la surface des ulcérations est plutôt exceptionelle, et il ne faudrait pas compter beaucoup sur l'examen microscopique des sécrétions de la surface ou leur inoculation à l'animal pour faire le diagnostic ferme d'une ulcération de nature lupique possible.

Bref, on est amené à penser, contrairement à Leloir, que la fréquence de la tuberculose autour des lupiques n'est pas due à la contagion, puisqu'elle est beaucoup plus grande chez les parents consanguins que chez les autres personnes de l'entourage et qu'elle se rattache à des conditions de terrain. Je ne veux pas entrer dans des développements étendus sur ce sujet, je me contente de souligner encore ce fait important que révèle l'étude des tuberculoses cutanées et qui ne peut être négligé par les médecins qui ont à s'occuper des questions fondamentales relatives à l'hérédité de la tuberculose, lesquelles sont loin d'être résolues. Les statistiques opposées aux théories qui admettent l'hérédité de la maladie (qu'il s'agisse d'une hérédité de graine ou de terrain, ce n'est pas ce qui importe pour le moment), me semblent ne point convaincre des médecins qui ont observé des faits de manifestations multiples de la tuberculose chez un grand nombre de membres d'une même famille sans que la contagion suffise à les expliquer, surtout lorsqu'il s'agit de tuberculoses fermées, qui, par suite, tendent à croire qu'elle ne les explique pas toujours lorsqu'il s'agit de tuberculoses ouvertes. Si ces faits se rencontrent dans quelques cas seulement sur le nombre considérable de tuberculeux qu'on observe chaque année, ils peuvent, je pense, échapper aux statistisques, et celles-ci ne permettent pas de nier leur existence. Bref, personne ne peut affirmer encore que l'hérédité de la tuberculose soit très fréquente ni même commune, mais il me paraît indéniable que certaines familles sont atteintes avec prédilection par cette maladie infectieuse sans que la contagion explique ce triste privilège; *les modalités sous lesquelles elle se développe, les formes qu'elle revêt, leur évolution spéciale méritent d'être étudiées à nouveau.*

IV.

PHÉNOMÈNES ARTICULAIRES ASSOCIÉS AUX ANGIODERMITES TUBERCULEUSES.

La question du rhumatisme tuberculeux, soulevée par Laveran a été reprise récemment. Poncet, Bérard et Destot ont employé, en

1897, au Congrès de chirurgie, le mot de polyarthrite tuberculeuse déformante ou pseudo-rhumatisme chronique tuberculeux. En 1901, à l'Académie de médecine, Poncet déclare avoir observé chez les tuberculeux une série d'accidents articulaires, depuis la simple arthralgie jusqu'à l'arthrite noueuse déformante, et rapporte trois cas des plus démonstratifs. Le 24 octobre 1901, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, F. Bezançon citait un cas de pseudo-rhumatisme tuberculeux, avec tuberculose généralisée des séreuses, ayant simulé le rhumatisme articulaire aigu.

Pour ma part, j'ai admis de suite la réalité de ce ce pseudo-rhumatisme bacillaire qui confirmait des faits que j'avais observés et où j'avais déjà cru que les phénomènes articulaires étaient liés à l'infection tuberculeuse. Ce pseudo-rhumatisme peut être fréquent. Un article du *Traité de médecine* de Brouardel et Gilbert nous fournit des renseignements intéressants sur la forme déformante ; MM. Teissier et Roque rappellent que l'affection se développe chez des femmes atteintes d'adénopathie suppurée, d'albuminurie, que la maladie se termine par le mal de Bright *ou la phtisie* (1). De ce fait, du reste, ils ne tirent pas les conclusions que nous en sommes en droit de tirer aujourd'hui.

Or il est fréquent, au cours des angiodermites tuberculeuses, d'observer des phénomènes polyarticulaires associés, et non seulement la tuberculose classique, oligoarticulaire, de la hanche, du genou ou d'autres articulations. Haury, dans sa thèse sur les tuberculides cutanées (2), faite sous mon inspiration, déclare que sur cinquante observations de tuberculides appartenant à tous les groupes, il a relevé *quinze fois* des douleurs articulaires, passées ou actuelles, avec ou sans lésions, chez des malades nettement tuberculeux. Et, contrairement à Barthélemy qui déclare que l'on sait (?) combien le rhumatisme déformant est indépendant de la tuberculose, Haury déclare que cette indépendance n'est rien moins que démontrée. Voici quelques faits rassemblés par Haury :

Obs. XVIII. — *Tuberculide, type miliaire papulo-pustuleux à petits éléments* (Gaucher). — Malade de vingt ans. Depuis l'âge de quinze ans, douleurs rhumatoïdes dans les bras, les épaules et les membres inférieurs. Tuméfaction des genoux et des articulations du cou-de-pied. Plus tard, épanchement des genoux au moment de l'apparition des gommes tuberculeuses.

Obs. XX. — *Tuberculide, type miliaire pustulo érythémateux* (Thibierge). — Attaque de rhumatisme ayant laissé des déformations des doigts et surtout une déformation du dos avec cyphose ayant fait d'abord penser à un mal de Pott.

(1) Teissier et Roque, *Rhumatismes chroniques*. Trait. de méd. et de thér., III, p. 474.
(2) Haury, *Essai sur les tuberculides cutanées*, Thèse de Paris, 1899.

Obs. XXIII. — *Tuberculide, type papulo-pustuleux à gros éléments* (Darier). — Femme ayant eu des adénopathies multiples dans l'enfance. A l'âge de vingt-deux ans, attaque de rhumatisme articulaire aigu ; plus tard, douleurs vagues dans les articulations des membres inférieurs ; les jointures se sont peu à peu tuméfiées et sont restées déformées.

Depuis la thèse de Haury, j'ai observé de nouveaux faits qui démontrent la fréquence d'accidents articulaires coïncidant avec des angiodermites tuberculeuses. J'ajoute enfin que la présence des phénomènes articulaires dans le lupus érythémateux aigu de Kaposi est extrêmement commune.

Je ne veux pas étendre plus loin ce travail. D'autres points concernant la pathologie générale de la tuberculose pourraient être relevés. Je me borne à citer les éruptions tuberculeuses disséminées qui suivent les maladies infectieuses aiguës, en particulier la rougeole, et le sujet si intéressant de la tuberculose cutanée d'origine hématique, qui me semble absolument démontrée, contrairement aux assertions de Leloir. Aujourd'hui, il me suffit d'avoir étudié quelques questions qui me paraissent mériter d'être exposées dans un Congrès de médecine, et je terminerai cette communication en priant les médecins présents à cette réunion d'excuser un dermatologiste d'avoir fait une excursion hors de ce qui paraît être son domaine étroit.

COURS DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE DES MALADIES DE LA PEAU

9e Article.

MÉTHODE RÉDUCTRICE.

Je comprends dans la méthode réductrice tous les procédés de traitement actif des lésions cutanées qui ne sont compris ni dans la méthode kératolytique, ni dans la méthode exfoliante, ni dans la méthode sclérogène, ni dans la méthode caustique.

Au point de vue théorique, cette manière de faire est absolument contestable et je ne lui accorde qu'une valeur, pratique, car le mot « agent réducteur » a un sens précis, que je dois exposer d'abord.

On désigne sous le nom d'agents réducteurs toute une série de corps extrêmement différents au point de vue chimique, mais dont le plus grand nombre cependant sont des composés de la série aromatique. Les principaux sont : des dérivés du benzène tels que le goudron, l'i-

chtyol, la résorcine (phénol divalent), le pyrogallol (phénol trivalent); des dérivés du naphtalène tels que les naphtols A et B ; des dérivés de l'anthracène, tels que l'acide chrysophanique, la chrysarobine, l'anthrarobine ; des métalloïdes, tels que le soufre ; des sels de métaux tels que les sels mercuriaux : calomel, turbith, oxyde jaune.

Tous ces corps qui ont des propriétés physiques et chimiques si différentes ont cependant une propriété commune : ils sont tous avides d'oxygène, les uns extrêmement, tels que le pyrogallol, d'autres faiblement tels que l'ichtyol.

Unna établit une différence entre les réducteurs faibles, ichtyol, thiol, tuménol, soufre, sels de mercure, et les réducteurs énergiques, goudron, gallanol, gallacétophénone, aristol, hydroxylamine, anthrarobine, résorcine, acide pyrogallique, chrysarobine (1).

La théorie des « réducteurs » telle qu'elle est exposée par les élèves de Unna, Leistikow (2), Menahem Hodara, peut se résumer de la façon suivante :

Les médicaments réducteurs agissent : 1° Sur les parasites compris dans les régions superficielles de la peau ; 2° sur les tissus de celle-ci. Mais un seul phénomène chimique explique ces deux modes d'action : c'est l'avidité des réducteurs pour l'oxygène.

Les réducteurs ont des propriétés antiparasitaires ; ils agissent en disputant l'oxygène aux micro-organismes, ils les privent ainsi d'un élément indispensable à leur vie et les détruisent.

Les phénomènes produits sur les tissus cutanés par l'application des réducteurs faibles doivent être distingués suivant qu'ils se produisent au niveau de l'épiderme ou au niveau du derme.

Au niveau de l'épiderme, la kératinisation est augmentée d'une façon plus ou moins intense, par soustraction d'oxygène ; peu à peu la couche cornée se divise en deux feuillets, dont le supérieur, de couleur foncée, s'élimine. C'est là le « clivage de la couche cornée ».

Dans le derme, les vaisseaux dilatés diminuent de volume, là encore par soustraction d'oxygène aux cellules des endothéliums vasculaires qui, habituées à être très richement oxygénées « se dessèchent, se ratatinent ».

Consécutivement à cette diminution du calibre des vaisseaux, l'œdème et le gonflement disparaissent et l'irritation des extrémités nerveuses se trouvant supprimée, le prurit est calmé. D'après cela, les réducteurs auraient une action antiphlogistique et antiprurigineuse (Unna).

Les réducteurs énergiques sont également antiparasitaires, kératoplastiques ; au contraire des réducteurs forts, ils provoquent des réac-

(1) Ajoutons, parmi les réducteurs énergiques, le lénigallol, l'hydroquinone.
(2) Thérapeutique des maladies de la peau. Trad. de J. Darier, p. 96.

tions inflammatoires, œdème, congestion, vésiculation, ramollissement du tissu conjonctif.

Il faut noter que, lorsque la peau est privée d'épiderme, les réducteurs faibles agissent comme les réducteurs forts sur la peau intacte. Aussi quand on veut obtenir une action réductrice faible sur la peau excoriée, faut-il employer les agents réducteurs à doses minimes (1).

Telle est, brièvement résumée, la théorie dite des réducteurs, de Unna. Elle est des plus séduisantes, extrêmement ingénieuse, elle mérite une extrême attention et provoque des recherches nouvelles comme tout ce qui sort du laboratoire du maître de Hambourg. Son principal mérite est de placer nettement la question sur un terrain chimique, c'est-à-dire d'engager les recherches dans une voie précise.

Discussion de la théorie de Unna. Cependant quelques critiques peuvent être indiquées, non sur les faits, mais sur l'interprétation. L'action antiparasitaire des réducteurs n'est pas contestable ; Unna fait remarquer avec juste raison que, dans certains cas, les lésions produites par les réducteurs oblitérant la peau, grâce à l'exagération de la formation cornée ou *action kératoplastique*, il en résulte au niveau des utricules pilo-sébacés une prolifération microbienne dans des cavités closes, c'est-à-dire la formation de pustules.

L'action antiprurigineuse est un fait sur lequel nous reviendrons. (V. *Méthode antiprurigineuse*).

L'action antiphlogistique demande à être interprétée. Unna prend le mot inflammation dans son sens histologique. L'inflammation se caractérisant par la dilatation des vaisseaux, l'œdème des tissus dermiques, Unna déclare qu'il y a action antiphlogistique lorsque les vaisseaux sont rétrécis et lorsque l'œdème est diminué. Mais au sens biologique actuel, le mot inflammation comprend l'ensemble des phénomènes de défense qui se produisent dans les tissus en présence d'agents irritants, et n'a pas de symptômes histologiques constants et nécessaires. La constriction des vaisseaux, la rétraction du tissu conjonctif qui produit la diminution de l'œdème, peuvent être considérées comme des réactions inflammatoires au même titre que les phénomènes inverses, de même que dans certaines conditions, on observe, lorsque, des microbes sont déposés dans les tissus, l'éloignement des globules blancs (*chimiotaxie négative*) et dans d'autres conditions, leur attraction (*chimiotaxie positive*).

Entre l'action des réducteurs kératoplastiques sur la couche cornée, et celle des kératolytiques, il me semble y avoir surtout une différence de degré. Parmi les réducteurs il en est qui, à hautes doses, sont

(1) Leistikow. Trad. de J. Darier p. 27.

kératolytiques ; aux doses normales, je crois qu'ils provoquent une défense des tissus qui exagère la formation de la couche cornée et ceci m'amène à comprendre autrement l'action des réducteurs.

Tous les agents compris sous ce nom sont nocifs pour la peau à haute dose, et peuvent, à doses moindres, provoquer des réactions de défense. Il est du reste fort probable, même certain, que dans leur mécanisme intime, ces réactions sont fort différentes de celles que déterminent d'autres agents chimiques. Leur caractéristique principale se trouve dans la distance considérable qu'il y a entre leur action nulle et leur action nuisible sur la peau malade.

Un exemple fera comprendre l'utilité qu'il peut y avoir à provoquer des réactions de défense dans les tissus. A la fin de la blennorrhagie, la persistance de l'écoulement s'explique par la persistance de gonocoques sans virulence, mais, comme toujours, en pathologie, la défense est proportionnée à l'attaque, et surtout, la réaction inflammatoire initiale étant calmée, les globules blancs, les phagocytes ne sont plus en quantité suffisante pour débarasser définitivement les régions malades des ennemis, restent ainsi dans la place. Que l'on provoque par des injections de permanganate de potasse une réaction supplémentaire, et les choses pourront changer de face ; la muqueuse irritée, des globules blancs paraîtront, une réaction séreuse se fera et les derniers microbes compris dans les tissus seront détruits.

J'expliquerais volontiers ainsi l'action des réducteurs sur les lésions cutanées. Cette théorie est du reste extrêmement critiquable, et n'a peut-être que la valeur d'une explication d'attente.

Au point de vue pratique, elle conduit à élargir le champ de la méthode réductrice et à y comprendre des corps qui ne sont pas particulièrement avides d'oxygène.

Le mot ainsi compris est mauvais, je le reconnais, mais tout ce qui m'importe dans ces leçons de thérapeutique pratique c'est de faire des divisions, naturelles s'il se peut, sinon artificielles entre les divers procédés de thérapeutique des dermatoses, et de rendre ainsi leur étude facile.

J'ai donné plus haut une liste des réducteurs faibles et des réducteurs énergiques, je n'y reviendrai pas. Pour ne pas allonger outre mesure l'étude de la *méthode réductrice*, je ne les étudierai pas en particulier ; ils seront étudiés dans leurs applications dans les pages qui vont suivre et, d'une manière plus générale, dans le Formulaire Thérapeutique de cette Revue.

APPLICATIONS DE LA MÉTHODE RÉDUCTRICE.

Je laisserai de côté dans ce qui va suivre le traitement d'affections parasitaires telles que la *gale*, les *trichophyties cutanées* et *pilaires*, le *pityriasis versicolor*, *l'érythrasma* dans lesquelles on cherche, peut être à bon droit, à utiliser les agents réducteurs comme parasiticides ; ce traitement est exposé d'une manière assez succincte et précise dans la plupart des livres. Je me limiterai à l'étude du traitement de quelques grandes dermatoses en particulier les *séborrhéides*, l'*acné*, le *psoriasis*, l'*intertrigo*.

Je terminerai d'abord l'étude. commencée au sujet de la *méthode antiphlogistique*, du traitement des *eczémas*.

ECZÉMAS AIGUS ET CHRONIQUES.

Les règles du traitement réducteur dans l'eczéma aigu me paraissent pouvoir être indiquées ainsi qu'il suit :

On emploiera d'abord après sédation des phénomènes inflammatoires (v. *Méthode antiphlogistique*) des réducteurs faibles ; l'ichtyol convient très bien à cet effet ; on pourra tâter d'abord la sensibilité de la peau au moyen de badigeonnages avec une solution aqueuse à 5 ou 10 p. 100, puis on appliquera un glycérolé d'amidon à l'ichtyol pendant plusieurs jours.

Les badigeonnages à l'acide picrique en solution à 1 p. 200, 1 p. 500 sont plus actifs, mais aussi plus dangereux ; ils réussissent surtout dans les eczémas liés à des dermatites artificielles aiguës ou dans des séborrhéides eczématisées.

Il est inutile ou dangereux de les répéter plus de quelques fois.

Dans l'intervalle des badigeonnages, on peut appliquer des pâtes.

Depuis quelque temps, on se sert beaucoup en Allemagne de préparations qui portent le nom de sapolan et de naftalan et qui peuvent donner de très bons résultats à cette période du traitement de l'eczéma où on cherche à intervenir activement, mais où les réducteurs énergiques sont dangereux.

La guérison peut survenir alors, sans exiger une intervention plus active. Mais si les lésions résistent, on pourra arriver aux réducteurs les plus énergiques, à l'huile de cade, à l'huile de bouleau (3-5 p. 100), au lénigallol (3-5 p. 100), à l'acide pyrogallique même, aux mêmes doses. Les pommades seront additionnées d'un cinquième d'oxyde de zinc pour atténuer l'effet irritant, de 1 à 2 p. 100 d'acide salicylique pour faciliter la pénétration.

On emploiera, par exemple, les formules suivantes :

Huile de cade.....................	10 gr.
Extrait de panama..................	Q. S
Glycérolé d'amidon à la glycérine neutre	40 gr.

Acide pyrogallique..................	2 gr.
Acide salicylique....................	0 gr. 80
Oxyde de zinc.......................	10 gr.
Vaseline blonde.....................	40 gr.

Si on utilise des réducteurs tels que l'acide pyrogallique, on pourra faire varier la durée des applications et ne les prolonger d'abord qu'une demi-heure ou une heure chaque jour, puis élever graduellement cette durée. Dans l'intervalle de ces applications, on peut couvrir d'une pâte simple.

J'exposerai au chapitre *Méthodes antiprurigineuses*, les inconvénients des agents antiprurigineux usuels. Ils sont surtout évidents dans les eczémas, lorsque le médecin préoccupé du prurit cherche avant tout à le calmer. J'ai vu un nombre considérable d'eczémas se prolonger grâce à l'emploi du menthol ou de tel autre anesthésique et guéri, ainsi que le prurit, par l'emploi des réducteurs. Dans les cas de ce genre, il existe toujours, outre l'affection eczématique elle-même, une réaction supplémentaire de la peau due aux agents antiprurigineux, et on n'emploiera les réducteurs qu'après avoir calmé cette réaction par des poudres ou des pâtes.

Dans ses formes typiques, l'eczéma chronique est constitué par des plaques d'étendue et de nombre extrêmement variables ; parfois cependant on trouve des éléments disséminés entre lesquels la peau est ou paraît saine. Les lésions sont de couleur rosée ou rouge, la peau est souvent épaissie ; on trouve sur quelques points des croûtes, sur d'autres des squames sèches. Sous les croûtes, sous les squames, on peut voir des érosions extrêmement petites et superficielles, analogues à celles de l'eczéma aigu ; leur surface est humide, collante au doigt ; parfois on voit à la surface des vésicules discrètes, peu nombreuses. De temps en temps, pour une cause ou une autre, peuvent survenir des poussées aiguës, partielles ou générales : les lésions se tuméfient, on observe alors du suintement et des croûtes plus épaisses.

L'eczéma cannelé (Brocq) est assez fréquent, surtout aux mains ; on voit à la loupe à la limite des plaques de fines cannelures concentriques ; cette forme est intéressante à connaître parce qu'on peut, lorsqu'elle n'est pas compliquée, la traiter énergiquement de suite par le nitrate d'argent, les goudrons, l'acide pyrogallique.

L'eczéma trichophytoïde, *l'eczéma nummulaire* sont des formes à bords nets, où parfois les lésions des bords sont très marquées, alors que celles du centre sont en régression, ou presque nulles. Il s'agit aussi en général de formes anatomo-cliniques tolérantes, et susceptibles d'être traitées activement d'emblée.

L'eczéma lichénifié est une forme où la réaction dermique aboutit à une véritable sclérose. Par suite, la peau est épaisse, résistante ; la surface devient de plus en plus sèche ; le prurit par contre s'aggrave et devient très prononcé, parfois excessif. L'association de la lichénification à l'eczéma est commune, on l'observe fréquemment dans les prurigos, surtout dans le type Hebra.

Le traitement des *eczémas chroniques* comporte l'emploi de réducteurs, *après asepsie superficielle*, et, si l'on craint quelque réaction inflammatoire, d'une pâte pendant quelques jours. Dans les formes étendues, on peut tâter la sensibilité de la peau sur une région limitée, avant d'appliquer un agent sur toutes les surfaces malades. Il sera souvent prudent d'autre part de ne pas faire des applications de réducteurs pendant toute la journée, mais seulement pendant une partie de celle-ci. Pour ma part, j'applique de préférence des réducteurs une partie de la nuit ou toute la nuit et une pâte simple le jour, lorsque je ne puis surveiller le malade d'une manière suffisante. Parmi les réducteurs que nous avons indiqués plus haut l'huile de cade, l'huile de bouleau peuvent être appliquées à la dose de 10 et même 20 p. 100, l'acide pyrogallique à celle de 5 à 10 p. 100.

Le nitrate d'argent convient à des eczémas chroniques, anciens. On peut, comme je l'ai fait, guérir rapidement des eczémas chroniques des mains, toujours à la condition de l'asepsie superficielle, par des badigeonnages faits au moyen d'une solution saturée de nitrate, suivis d'une friction avec un crayon de zinc métallique.

Les emplâtres (emplâtre rouge, emplâtre au calomel) ne conviennent qu'à la condition de ne pas amener de suppurations, dans des formes non suintantes et surtout en voie de lichénification.

Dans des formes chroniques superficielles, on peut varier le traitement en faisant des badigeonnages avec des réducteurs forts, en solutions aqueuses ou alcooliques, et en couvrant de colle de zinc. De cette manière, le traitement dure plus longtemps, mais est beaucoup moins gênant pour le malade.

On emploiera, par exemple les solutions suivantes :

Acide pyrogallique........	5 à 10 gr.
Alcool..........................	} àà 50 gr.
Eau...............................	

Goudron de houille...............	10 gr.
Benzol..........	20 gr.
Alcool...........................	70 gr.

(Fischl).

Les eczémas lichenifiés seront, après asepsie superficielle, traités comme le lichen simplex circonscrit. La cure d'exfoliation m'a donné d'excellents résultats (1).

Séborrhéides.

Sous le nom « d'eczéma séborrhéique », Unna a classé une série d'affections de la peau d'observation fréquente, vues avant lui, mais non reliées entre elles.

Classer ces lésions dans l'eczéma, c'est étendre le domaine de cette maladie déjà trop étendue. Pour Unna, elles peuvent appartenir à l'eczéma parce qu'il admet la définition de celui-ci donnée par Rayer, qui en fait une dermatose chronique et non nécessairement vésiculeuse (2). Unna ajoute qu'il s'agit d'une dermatose microbienne. Les auteurs français récents Audry, Brocq font de l'eczéma une affection vésiculeuse, et séparent la dermatose d'Unna sous le nom de séborrhéide ; pour ma part, je me rallie à cette manière de voir.

Les malades atteints de séborrhéides sont souvent atteints antérieurement de séborrhée grasse.

Les localisations principales des séborrhéides sont le cuir chevelu, la face, la région sternale et interscapulaire, les plis de la peau.

Au cuir chevelu, il n'existe souvent aucune rougeur, mais chez des sujets atteints de séborrhéides de la peau glabre, on trouve normalement un *état pityriasique* très marqué qui se rattache au même processus pathologique ; il précède du reste souvent le développement d'une séborrhéide typique. Tantôt l'état pityriasique est universel, tantôt il se développe sous forme de petits îlots indépendants. Parfois son développement est aigu et s'accompagne d'une alopécie curable (3).

Parfois, au cuir chevelu, on observe des lésions érythémateuses figurées ou une rougeur diffuse s'étendant graduellement de haut en bas sur le front (couronne séborrhéique) et les oreilles, surtout dans le pli rétro-auriculaire. Elles sont associées à l'état pityriasique que je viens de décrire.

Les lésions les plus typiques des séborrhéides s'observent surtout sur le tronc, au niveau du sternum et entre les omoplates. On y trouve des disques arrondis, rouges, avec une bordure nettement marquée, couronnée d'une fine croûtelle (*type circonscrit* de Unna), des taches rouge jaunâtre et des papules couverts de croûtes grasses ou humides (*type pétaloïde*). Les taches, les disques, les papules peu-

(1) Pour ne pas allonger ces études thérapeutiques outre mesure, j'ai renoncé à exposer le traitement des formes régionales de l'eczéma (v. sur ce point le Traité d'Hallopeau et Leredde ou la Pratique Dermatologique. T. II, art. *Eczémas*, par E. Bernier.

(2) Sur cette question v. Unna. *L'histoire de l'eczéma en Angleterre au XIX[e] siècle.* Revue Pratique, n[os] 6 et 7.

(3) Sabouraud sépare complétement les pityriasis du cuir chevelu de la séborrhée grasse, quoique l'association soit commune. L'alopécie vulgaire, seborrhéique, est une complication de la séborrhée grasse et non des pityriasis.

vent s'étendre et atteindre de larges dimensions en formant de larges surfaces rouges.

Mais, outre ces lésions typiques, il faut classer dans les séborrhéides des lésions qui ont en général eu au début les caractères que je viens d'indiquer et se rapprochent soit de l'eczéma vulgaire, soit du psoriasis. Dans les premiers cas, on voit d'abord, sous les croûtes grasses, un état pointillé fin, un suintement séreux ; si les lésions s'aggravent les croûtes tombent, et on observe, avec une rougeur intense un suintement identique à celui d'une eczématisation commune. On peut alors parler de séborrhéide eczématisée. Dans le second cas, on trouve des lésions identiques exactement à celles du psoriasis, au point de vue clinique, à ce point que le diagnostic peut être impossible. La présence de lésions typiques dans les lieux d'élection (région sternale et interscapulaire), la prédominance des lésions au cuir chevelu, et, dans les formes eczématiques, l'aspect figuré des plaques permettent de porter un diagnostic dans un grand nombre de cas.

Pour compléter cette énumération des séborrhéides, il reste à mentionnèr des lésions qui d'après Unna précèdent le développement des autres : des *taches jaunes*, grasses ou non, au niveau du sternum, de la région interscapulaire, sur la face, des *taches hypérémiques* surtout fréquentes au visage, des *taches squameuses*, qui peuvent s'observer en dehors du cuir chevelu, sur la peau glabre.

Les séborrhéides peuvent être compliuqées par l'impétigo, des folliculites ; d'autre part, comme dans l'eczéma, le psoriasis, on peut voir l'éruption se généraliser sous forme d'une érythrodermie chronique, parfois mortelle.

Les lésions des séborrhéides ne sont pas en général prurigineuses ; toutefois on observe du prurit dans les formes aiguës et en voie d'extension. D'autre part, il existe des formes chroniques lichénifiées, également prurigineuses.

Le traitement des séborrhéides peut être exposé brièvement ; il dépend essentiellement de l'état anatomique sous lequel elles se présentent. Dans les formes aiguës, eczématisées, suintantes, prurigineuses, le traitement initial est le même que celui des eczémas aigus et irritables : dans les formes ordinaires, dans les séborrhéides psoriasiformes, on emploiera des réducteurs pour obtenir la guérison. Dans les formes lichénifiées, après asepsie de la surface, on appliquera la méthode exfoliante.

A. Séborrhéides eczématisées. Formes aiguës. — Le traitement des séborrhéides aiguës eczématisées est assez difficile : d'une part elles sont sujettes à des exacerbations faciles, d'autre part, l'état inflammatoire peut persister pendant un long temps et, fait assez paradoxal, ne céder qu'à des applications réductrices, c'est-à-dire qu'il

faudra souvent faire un traitement actif, mais en surveiller de près le résultat.

On commencera le traitement — après avoir fait tomber les croûtes et les produits de sécrétion — par l'application de pâtes simples, d'abord de pâtes molles, puis de pâtes dures avec poudrage superficiel. Dans la plupart des cas, l'acuité n'est pas telle qu'il soit nécessaire de couvrir la peau de pansements humides.

Dès que l'œdème diminue, on peut essayer les glycérolés à l'ichtyol ou au tuménol, le naftalan, le sapolan. Par prudence on peut ne faire les premières applications actives que quelques heures chaque jour. Enfin, vient un moment où l'état inflammatoire est calmé et dès lors on peut se servir de pâtes soufrées, faibles (2-5 p. 100), pyrogalliques, au goudron, à l'oxyde jaune de mercure ou au calomel. Il y a souvent avantage à y incorporer 1 ou 2 p. 100 d'acide salicylique et de résorcine.

Lorsque l'inflammation n'est pas calmée par les pâtes, on peut essayer de la réduire par le bleu de methylène (Brocq), en badigeonnages quotidiens à 1 p. 1000, 1 p. 500, 1 p. 250 ; après dessiccation, on applique une pommade à l'oxyde de zinc. Dans les séborrhéides suintantes des plis en particulier, l'action est remarquable. L'acide picrique en badigeonnages quotidiens à 1 p. 500, 1 p. 200 est moins utile dans ces formes que le bleu, et convient surtout aux eczémas non séborrhéiques.

B. *Séborrhéides chroniques communes.* — Le soufre est l'agent de choix du traitement. On l'emploiera de préférence sous forme de pâtes, où on fera varier la quantité de soufre, additionnées d'acide salicylique et de résorcine, si l'on veut augmenter la pénétration, même d'un peu de savon noir dans les formes rebelles, anciennes et tolérantes. On emploiera par exemple cette formule :

Soufre précipité........................	5 gr.
Savon noir..............................	5 gr.
Acide salicylique.......................	1 gr.
Oxyde de zinc...........................	15 gr.
Vaseline................................	25 gr.

Dans les formes rebelles, le goudron, le chrysarobine et l'acide pyrogallique peuvent être maniés comme dans le psoriasis.

Les lésions sont essentiellement récidivantes. Lorsque l'éruption est guérie, je conseille aux malades de prendre pendant un certain temps et à plusieurs reprises des bains sulfureux de manière à modifier l'état gras de la peau. Il me semble qu'on peut espérer ainsi éloigner les récidives.

C. *Seborrhéides psoriasiformes.* — Le traitement est exactement le même que celui du psoriasis et doit se faire, après une cure kératolytique préalable, par la chrysarobine, par le goudron, dans les formes très étendues, par l'acide pyrogallique dans les formes très limitées. Tous ces agents ont des inconvénients respectifs ; dans les formes où les éléments sont superficiels, on peut arriver à d'excellents résultats par le soufre et l'acide salicylique en pâtes, en ayant soin d'augmenter la pénétration par un véritable massage de la peau au moment où on applique la préparation.

SOCIÉTÉS SAVANTES

WIENER DERMATOLOGISCHE GESELLSCHAFT.

ANNÉE 1901

(*Fin*).

Un cas de lupus aigu, par KREIBICH, Séance du 20 novembre.

Il s'agit d'une femme de 28 ans, en excellente santé, qui a trois enfants bien portants. D'après les déclarations de la malade, il lui survint brusquement, il y a 10 semaines, sur tout le visage, une éruption qui, depuis, ne s'est pas modifiée. Presque toute la peau du visage (front, nez, menton et les deux joues), est atteinte. Mais tandis qu'au niveau des parties supérieures des joues et inférieures du front on trouve de nombreux nodules rouges, légèrement squameux, qui se décolorent sous la pression du doigt, les autres parties, et principalement le nez, sont recouvertes de nodules de la grosseur d'une tête d'épingle, rouge brun, framboesiformes, nettement séparés de la peau saine, mais qui montrent dans leur milieu une petite zone jaunâtre. Aucun des nodules n'a de tendance à l'ulcération.

Au premier coup d'œil, K. fit le diagnostic d'acné ou de lupus aigu disséminé. Mais, en l'absence de tous les autres symptômes, une acné vulgaire ou rosacée étaient à rejeter. L'examen histologique montra en effet des granulations tuberculeuses typiques, avec nécrose centrale, cellules géantes et cellules épithélioïdes. Dans les 50 coupes examinés, on n'a pu trouver de bacilles. Le cas correspond entièrement à la description typique donnée par Finger.

L'état pulmonaire de la malade est normal. Sur le côté droit du cou, on trouve une cicatrice correspondant à un ganglion suppuré.

WEIDENFELD considérant l'aspect des lésions, leur siège, la nécrose miliaire centrale, et les modifications régressives produites par l'emplâtre salicylé, n'accepte pas le diagnostic de lupus, mais croit qu'il s'agit d'un cas d'acné. Il rappelle que l'on peut également trouver dans cette maladie des cellules géantes.

SCHLAGENHAUFER déclare que d'après l'examen des préparations microscopiques, on ne peut conserver aucun doute qu'il ne s'agisse réellement de tuberculose.

Considérations sur le traitement du lupus, par LANG. Séance du 6 novembre.

On sait que nous possédons pour le traitement du lupus deux méthodes thérapeutiques seulement, par lesquelles on puisse obtenir une guérison radicale : l'ablation et le traitement par la lumière ultra-violette. Lang ne veut absolument pas avoir l'air de dédaigner les autres modes de traitement ; ils permettent certainement d'obtenir des guérisons durables, mais il déclare que ce n'est que par les deux méthodes précitées qu'on obtient des guérisons durables avec certitude et d'une façon régulière. Il a soigné dans son service, avec un succès qui s'est maintenu, 112 malades par l'ablation, et une centaine de cas, par la méthode de Finsen : il a traité par l'ablation tous les cas opérables ; mais il y a un grand nombre de malades pour lesquels ce mode de traitement serait impossible : ce sont ceux qu'il a soignés par la photothérapie.

Lang propose ensuite une série ds mesures tendant à permettre d'appliquer ces deux modes de traitement, sur une vaste échelle, à un grand nombre de lupiques, et de rendre ainsi à la société des malheureux qui en sont séparés par leur maladie.

Traitement de deux cas de lupus par la radiothérapie, par SCHIFF. Séance du 4 décembre.

Schiff présente deux cas de lupus traités par les rayons de Röntgen et dont des photographies permettent de suivre les différents stades du traitement. Le premier cas se rapporte à une jeune femme, dont les lésions avaient débuté depuis dix ans, chez laquelle les deux joues et le nez étaient atteints et avaient été soignés à différentes reprises sans résultat. Après trente-cinq séances, l'état était déjà très amélioré, comme le montre une photographie. Après cinquante séances l'amélioration obtenue était déjà celle que l'on peut observer au cours de cette séance, résultat qui ne s'est pas modifié depuis qu'il a été obtenu, et qui peut être comparé à ceux qu'on obtient par la méthode de Finsen. Il faut encore attirer l'attention sur la rapidité du traitement.

Schiff présente le second cas, comme échec de la radiothérapie. Il se rapporte à un lupus étendu à la joue gauche et au menton qui fut traité au

début en partie avec une ampoule dure de Röntgen, en partie avec l'électrode unipolaire de Freund. Devant les progrès très lents, Schiff chercha à employer également une ampoule molle, qui, on le sait, produit des rayons plus puissants, mais, après 4 séances, il se produisit une forte réaction ; toute la joue était enflée, rouge, et couverte d'ulcérations profondes. Après la cessation du traitement, on put calmer l'Inflammation par un traitement antiphlogistique. Le résultat n'est que relativement favorable. S'il n'y a pas de guérison vraie, il y a cependant une amélioration importante, et Schiff croit qu'un traitement poursuivi avec une ampoule dure doit amener la guérison (Le patient est déjà en traitement depuis un an et demi, et a eu 150 séances).

Kératose folliculaire, ou psorospermose folliculaire de Darierr par Ehrmann. Séance du 23 octobre.

Le cas qui fait l'objet de cette observation est d'autant plus intéressant que le père du malade souffrit de la même affection.

Les premiers symptômes de la maladie se montrèrent après la mort du père, dans le sillon dorsal. E. vit le malade pour la première fois en 1896 : il présentait à cette époque sur le dos de petits nodules brunâtres, à surface rugueuse. Là où ils avaient disparu, ils avaient laissé une pigmentation semblable à des éphélides. Quelques nodules isolés se trouvaient disséminés dans les creux claviculaires et à la taille. Aujourd'hui les nodules se retrouvent non seulement au niveau de leurs anciennes localisations, mais aussi au visage, au pourtour des yeux et des commissures labiales, et aussi dans le cuir chevelu où ils se confondent les uns avec les autres, couverts de croûtes séborrhéiques ; sous ces croûtes on trouve des surfaces suintantes.

Le malade présente en même temps des signes évidents de scrofule, de nombreuses affections ganglionnaires, dont souffrent également d'autres de ses frères et sœurs et ses enfants.

E. ajoute, au sujet de la pigmentation, le résultat d'examens histologiques : au voisinage des nodules, on trouve sur une coupe en plus de l'hyperkératose, du pigment, dans les cellules épineuses du corps de Malpighi, et dans les cellules de la basale. Quand il se produit de nouveaux nodules, on assiste à une prolifération du corps de Malpighi, et à l'apparition de pigment non seulement dans les cellules de la basale mais dans celles des couches superficielles de l'épiderme. En effet, grâce à la prolifération cellulaire, la circulation du pigment s'effectue, et celui qui est anciennement formé monte jusque dans les couches épithéliales les plus élevées. Quand le retour à l'état normal se produit, il n'existe plus que la pigmentation habituelle de la basale, comme dans les éphélides.

Dermatomyosis muscosa, par Freund. Séance du 4 décembre.

L'affection cutanée à l'étude de laquelle Freund apporte une contribution n'a été que très rarement décrite. Elle n'est cependant pas extrêmement rare. A la campagne, en particulier, les médecins ont l'occasion d'observer des maladies produites par des larves de mouche. Dans les villes, cependant, elles sont de la plus grande rareté. Le cas que Freund a eu récemment l'occasion d'observer a offert au début des difficultés de diagnostic.

Une petite fille de 5 ans qui avait déjà souffert depuis longtemps d'un eczéma suintant de la tête, tomba malade en septembre 1898, présentant une forte fièvre, de l'agitation jour et nuit, des douleurs de tête violentes. Le médecin attribua tous ces symptômes à l'eczéma et prescrivit des pommades. Mais l'affection s'aggravait toujours et la mère amena son enfant à l'hôpital. Freund confirma d'abord le diagnostic posé : on observait en effet un eczéma impétigineux du cuir chevelu, fortement suintant, et dont l'origine s'expliquait par la présence de nombreux poux. Une chose seulement lui parut étonnante : la mauvaise odeur pénétrante et vraiment nauséabonde que répandait la malade et qui était perceptible dès qu'on entrait dans sa chambre. A un examen superficiel on n'en trouvait pas de cause explicable. Mais avec plus d'attention on observait sur le vertex deux croûtes d'un blanc sale, dont l'aspect ne correspondait pas à celui des croûtes d'eczéma. Freund en détacha une. Elle obstruait un trou creusé dans la peau, trou qui n'était que l'ouverture extérieure d'une anfractuosité où fourmillaient des vers. Sous les rebords on voyait sourdre un pus épais. Sous la seconde croûte on trouvait le même état. En sondant avec un stylet, on s'apercevait que la peau était creusée au loin, jusque sur les os du crâne. Les ganglions de la région étaient fortement enflés et douloureux. Avec une pince, Freund retira une larve. Elle avait des dimensions considérables : 1 cm. de long et l'épaisseur d'un crayon épais (2 mm. de diamètre). Le diagnostic zoologique fut fait par le directeur du Museum, qui reconnut une larve de « Sarcophila Wohlfarti ». 21 larves furent retirées de la grande ulcération et 12 de la petite. Après lavage au sublimé et tamponnement à la gaze iodoformée, la petite malade était guérie 14 jours plus tard.

La porte d'entrée avait été évidemment due aux excoriations du cuir chevelu et à l'impetigo sur lesquels les mouches adultes avaient déposé leurs œufs ; les larves s'étaient rapidement développées dans la peau.

ANALYSES

Contribution à l'étude de l'air sec surchauffé en dermatologie, par Dauban (Thèse. Paris, 1902).

La chaleur a été employée de tout temps, et sous tous ses modes, en thérapeutique, et a été appliquée aux affections cutanées dès la fin du XVIIIe siècle. Après un rapide historique, au cours duquel il convient de remarquer que le Pr Verneuil eut le premier l'idée d'utiliser l'eau chaude dans le traitement des tuberculoses locales, D. arrive à la description des appareils modernes qui ont rendu la méthode pratique et applicable, entre autres les appareils de Hollœnder, d'Haralamb, de Gautier et Larat, qui tous reposent sur le même principe : projeter sur une plaie de l'air, soit simple courant d'air produit par une souflerie en caoutchouc, soit air comprimé, échauffé par son passage à travers un serpentin surchauffé.

Il décrit ensuite un nouvel appareil pour bain local d'air sec surchauffé, au moyen duquel il a obtenu les résultats exposés dans sa thèse. Il se compose essentiellement d'un foyer et d'une étuve comprenant 2 cylindres entre lesquels circule la chaleur du foyer ; le cylindre interne est fermé à une de ses extrémités par un manchon de toile caoutchoutée et des coulisseaux se serrant autour de la région à traiter. L'air intérieur de l'étuve est porté à 120°, puis à 200 et 250°. Le membre introduit dans l'appareil est entouré de tissu éponge et repose sur une plaque, mauvaise conductrice de la chaleur. Dès qu'apparaît une sensation de brûlures qui se produit lorsque l'air intérieur de l'appareil s'est saturé d'humidité par évaporation de la diaphorèse, on ouvre la porte de l'appareil pendant 10 à 15 secondes, puis on la referme. La durée des séances varie de 15 à 30 minutes.

Les effets locaux de ce bain se traduisent d'abord par une vaso-constriction très courte, puis une rubéfaction intense et une augmentation de la sécrétion sudorale ; mais il se produit également des effets généraux, sous forme de vaso-dilatation périphérique et consécutivement d'abaissement de la pression artérielle ; l'action sur les mouvements respiratoires, la sécrétion urinaire sont négligeables.

Au point de vue biologique, l'action de l'air sec surchauffé se produirait sur la cellule organique dont elle activerait les fonctions, et s'exerce en même temps sur les éléments microbiens en tendant à les détruire. C'est ainsi que le bacille du chancre mou perd sa vitalité à 41° et est détruit par un chauffage d'une heure à 42° ; le gonocoque perd sa virulence à 45° ; le bacille tuberculeux n'est plus virulent à 45-50°.

Enfin au point de vue thérapeutique, l'air chaud agirait comme sédatif de la douleur et comme calmant du prurit.

Suivent quelques observations qui portent un peu au hasard sur quelques affections cutanées et ne se signalent mathématiquement pas par la précision que l'on aimerait à rencontrer dans l'étude de tout procédé nouveau. L'auteur conclut que le bain d'air chaud local a guéri un cas de dermatite herpétiforme de Duhring (?), une dysidrose palmaire, un eczéma sous-mammaire, a fait rétrocéder des syphilides papulo-squameuses que le mercure avait été impuissant à guérir (?), et a amélioré un prurigo de Hebra, un eczéma hyperkératosique et un psoriasis.

Retenons seulement que le bain local d'air sec surchauffé constitue un procédé nouveau qui peut rendre des services et doit être étudié sérieusement.

Le massage en thérapeutique cutanée, par Beauchef (Thèse Paris, 1902).

L'auteur divise son travail en deux parties dans lesquelles il étudie successivement la physiologie du massage, puis son application dans le traitement de diverses dermatoses.

La physiologie du massage cutané, étudiée récemment par Fiocco et Locatelli, que résume souvent B., est éminemment complexe, si l'on examine tour à tour les différents éléments anatomiques du tégument modifiés par le massage. C'est ainsi que la première action du massage sur la peau est de la débarrasser du vernis formé à sa surface par l'accumulation des matières grasses et des débris des cellules épidermiques desquamées, de la rendre plus

souple, plus perméable, et de faciliter la respiration cutanée. Au point de vue de la circulation locale, celle-ci est favorisée et accélérée par le massage ; il s'établit une hypérémie, une rougeur, une sorte de « succulence » de la peau, qui traduit un afflux sanguin et surtout plasmatique. Grâce à ce mécanisme les échanges nutritifs entre le liquide nourricier et les éléments anatomiques de la peau sont activés, il y a recrudescence des fonctions nutritives, augmentation de la température locale. Les examens histologiques pratiqués par iocco et Locatelli leur ont montré qu'au niveau des parties massées les éléments anatomiques sont plus gros, plus développés, plus nombreux, et montrent une activité de reproduction plus grande ; les karyokinèses sont particulièrement nombreuses, dans le corps muqueux ; le massage est donc capable d'activer le développement de l'épiderme et possède une véritable action kératoplastique.

Son action sur les glandes est également importante ; les expériences de Colombo lui ont montré que la sécrétion sudorale était plus abondante, et l'examen microscopique révèle, dans la région massée, des glandes sudoripares, et des glandes sébacées très développées.

Le massage agit d'autre part sur les terminaisons nerveuses de la peau et, s'il consiste en une simple effleurage produit une action sédative marquée et a pu être employé comme anesthésique dans les névrites périphériques traumatiques.

Il faut enfin rappeler que le massage favorise encore la circulation lymphatique et la résorption des liquides normaux ou pathologiques épanchés.

Si l'action physiologique du massage a été assez complètement étudiée, il faut convenir que des applications thérapeutiques ont été faites un peu au hasard, d'après ce qui ressort des documents nombreux rassemblés par l'auteur. Nous voyons le massage employé dans le traitement des eczémas, des lichénifications de la peau, des dermites exfoliatrices, du psoriasis. A propos de cette affection, B... résume une longue observation de Breda, d'après laquelle une psoriasique vit, au bout de 32 séances de massage, sa peau reprendre l'aspect et la consistance normale ; malheureusement la malade avait été traitée concurremment par l'huile de cade et l'observation ne prouve donc plus rien.

Le massage a été employé encore contre la séborrhée, l'acné dans lequel il agirait en décongestionnant la peau et en favorisant la résorption des produits inflammatoires, contre la dysidrose et l'hyperhidrose.

Un certain nombre d'observations d'ulcères variqueux traitées par le massage paraissent plus probantes. Enfin la massothérapie a été proposée encore dans le traitement du prurigo, de la sclérodermie, de la pelade, où Jacquet lui attribue le pouvoir de réveiller la vitalité des zones glabres, hypotoniques.

B. termine son travail par une étude des diverses manœuvres employées en massothérapie cutanée : effleurage, pétrissage, écrasement, vibrations (tapotements faits avec le rebord cubital de la main), mouvements articulaires communiqués.

Formulaire Thérapeutique

Les Emplâtres.

—

Le terme générique d'emplâtre sert dans la pratique courante à désigner plusieurs sortes de préparations qui diffèrent profondement entre elles et n'ont guère de commun que le nom. Il convient en effet de distinguer : les emplâtres du Codex, les sparadraps des pharmaciens spécialistes modernes, et les mousselines-emplâtres de Unna.

* * *

Composition. — *Les emplâtres du Codex* sont des topiques à base de substances résineuses, de litharge et d'axonge. Solides à la la température ordinaire, ils doivent, avant d'être appliqués sur la peau, être ramollis à une légère chaleur. Cette consistance ferme est due aux nombreuses résines qui entrent dans leur composition. Ces résines sont des plus variées, comme on peut en juger par la formule suivante, qui est celle de l'emplâtre de Vigo mercuriel du Codex :

Emplâtre simple......	2000 gr.
Cire jaune...........	100 gr.
Colophane...........	100 gr.
Gomme ammoniaque.	30 gr.
Bdellium............	30 gr.
Oliban..............	30 gr.
Myrrhe..............	30 gr.
Safran..............	20 gr.
Mercure.............	600 gr.
Styrax liquide........	300 gr.
Térébentine du mélèze	100 gr.
Huile de lavande.....	10 gr.

L'emplâtre diachylon est lui aussi un mélange très complexe de litharge et d'axonge, de cire, d'huile d'olives, d'eau, de poix blanche, de thérébenthine, de gourme ammoniaque, de galbanum, etc...

En réalité ces emplâtres du Codex sont absolument condamnables et l'on ne saurait trop en proscrire l'emploi. Secs, cassants, irritants pour les plaies, s'appliquant souvent mal, ils constituent un mode de pansement détestable.

Les *sparadraps* modernes sont composés d'un tissu très fin de toile de coton ou de toile de lin, ou même de soie, recouverts sur une de leurs faces de matière emplastique à base de lanoline ou de vaseline caoutchoutées et de cire en faibles proportions. Il n'entre aucune résine dans leur formule. Ils sont remarquablement souples, très adhésifs, non irritants ei s'appliquent très bien.

Les plus classiques, les plus connus sont le sparadrap ou emplâtre rouge de Vidal, dont la formule est la suivante :

Cinabre............	1 gr. 50
Minium............	2 gr. 50
Excipient...........	26 gr. »

Et le sparadrap à l'huile de foie de morue :

Emplâtre simple à l'huile de foie de morue...	600 gr.
Cire jaune...........	250 gr.
Huile de foie de morue	350 gr.

Mais on peut en préparer avec toutes les substances connues ; on incorpore une dose déterminée de la substance à l'excipient représenté par de la lanoline caoutchoutée, de la gutta-percha, de la gomme élastique qu'on étend ensuite sur le tissu. Citons parmi les sparadrapss ou emplâtres les plus usités, les emplâtres à l'oxyde de zinc, à l'acide pyrogallique, à l'acide salicylique, à l'huile de cade, au savon noir, à la résorcine, à la créosote et à l'acide salicylique, au salol. Les doses de médicaments peuvent bien entendu varier à volonté ; en général, ils sont préparés avec des proportions d'agent actif de 1 p. 10 ou de 1 p. 20.

Les mousselines emplâtres de Unna-Beiersdorf se composent d'une lame de mousseline imperméabilisée à la gutta-percha et sur laquelle est étalé le médicament actif uni à un excipient formé d'adeps lanœ et d'un peu de caoutchouc, et qui est en quantité juste suffisante pour agglutiner l'agent médicamenteux et permettre son étalement. Le dosage du médicament se mesure ici d'après la quantité qui a pu être étalée par mètre de bande de mousseline caoutchoutée.

D'après Leistikow, les mousselines emplâtres présentent deux avantages : d'une part, au point de vue du tissu, une imperméabilité absolue et une plasticité remarquable ; d'autre part, au point de vue de l'excipient, l'absence de toute résine et par conséquent aucune irritation à craindre. Les mousselines-emplâtres se préparent, comme les sparadraps, avec la plupart des médicaments employés en dermatologie, et nous ne reprendrons pas cette nomenclature.

*
* *

Mode d'action. Indications. — Les emplâtres sont de tous les moyens de présenter un agent actif à la peau, celui qui permet de le faire pénétrer le plus profondément. Grâce à leur imperméabilité absolue, ils réalisent en effet une occlusion complète de la surface ; les sécrétions et la perspiration cutanées étant arrêtées, il se produit à la fois une sorte de macération de la peau et un œdème des parties sous-jacentes, qui permettent une résorption plus active de l'agent médicamenteux.

De ce mode d'action, on peut déduire les indications et les contre-indications des emplâtres ; ce sont des agents que l'on ne devra *jamais* employer dans le traitement d'une dermatose aiguë, en particulier on ne devra dans aucun cas appliquer un emplâtre sur une surface suintante ; on prépare, il est vrai, des sparadraps percés de trois trous rapprochés, et des mousselines-emplâtres grillagées dans lesquelles le tissu est représenté par une mousseline à mailles larges ; tous ces dispositifs ont pour but d'éviter une occlusion trop complète de la peau ; néanmoins sur une plaie dépourvue d'épiderme, sur une dermatose suintante, un emplâtre ne peut avoir qu'un effet déplorable en retenant toujours plus ou moins les produits de sécrétion à la surface de la peau, et en produisant une irritation souvent intense.

Il est cependant des affections aiguës où l'emploi d'un emplâtre, condamnable au point de vue théorique, offre cependant assez peu d'in-

convénients et par contre assez d'avantages pratiques pour pouvoir être adopté : par exemple pour le pansement de jour d'un furoncle non aigre; dans ce cas une rondelle de sparadrap bien souple, à l'oxyde de zinc, constiteu un pansement occlusif extrêmement commode, aseptique, qui protège la lésion contre les frottements et les poussières.

Mais les emplâtres sont surtout employés dans le traitement de dermatoses chroniques non inflammables. Ils donnent les meilleurs résultats contre les lésions sèches, hyperkératosiques, en faisant macérer l'épiderme et en permettant la pénétration de l'agent médicamenteux voulu, qui n'agirait souvent pas s'il était présenté sous forme de pommade.

Ajoutons enfin qu'ils peuvent être employés pour le traitement de jour de dermatoses non irritables ; dans ce but on fabrique des sparadraps dans lesquels le tissu a une couleur rosée et se confond avec la peau ; ils offrent ainsi l'avantage de constituer un pansement fort peu apparent.

L. Pautrier.

Supplément de la **Revue Pratique** *des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes (n° 9, Décembre 1902), du* Dr Leredde.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE ANALYTIQUE

Tuberculoses.

TRAVAUX DE L'ÉTABLISSEMENT DERMATOLOGIQUE DE PARIS

1902

Dermatologie générale.

Diagnostic de la lèpre par l'examen du mucus nasal après ingestion d'iodure de potassium, par MM. LEREDDE et PAUTRIER. Soc. de biologie, déc. 1902.

Diagnostic du lupus tuberculeux par l'examen du mucus nasal après ingestion d'iodure de potassium, par MM. LEREDDE et PAUTRIER. Soc. de biol., déc. 1902.

Lupus érythémateux de la face et angiodermite tuberculeuse des mains, par MM. LEREDDE et PAUTRIER, Société de Dermatologie, 6 mars 1902.

Un cas d'angiokératome coexistant avec un lupus pernio et la tuberculose pulmonaire, tuberculides familiales, par MM. LEREDDE et PAUTRIER. Société de Derm., 6 février 1902.

Sur une forme spéciale de lupus tuberculeux de l'extrêmité du nez (lupus lymphangitique en nappe), par MM. LEREDDE et PAUTRIER. Revue pratique des maladies cutanées, 1er août 1902.

Hemodiagnostic dans un cas de maladie de Duhring fruste, par MM. LEREDDE et PAUTRIER. Soc. de Derm., 1er mai 1902.

Mycosis fongoïde par M. LEREDDE. La Pratique Dermatologique. (Besnier, Brocq et Jacquet), T. III, Paris, Masson, 1902.

Lymphadénie cutanée, id., id.

Notes sur la pathologie générale des dermatoses, par M. LEREDDE. Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, 1er novembre 1902.

Les notions nouvelles sur les tuberculoses de la peau et leurs conséquences au point de vue de la pathologie générale de la tuberculose, par M. LEREDDE. Congrès de Médecine de Toulouse, avril 1902 et Revue pratique, décembre.

A propos d'une communication du Dr Milian sur un cas de maladie de Duhring, par M. LEREDDE. Soc. de Derm., déc. 1902.

Thérapeutique dermatologique.

Thérapeutique pratique des maladies cutanées, par M. LEREDDE. Revue pratique des maladies cutanées, avril-décembre 1902.

Formulaire thérapeutique, par M. PAUTRIER. Revue pratique des maladies cutanées, avril-décembre 1902,

Traitement hydrominéral comparatif des maladies de la peau, par M. LEREDDE. Rapport au Congrès d'hydrologie de Grenoble, octobre 1902.

Mode d'action des agents physiques faisant partie du domaine de l'électricité médicale dans le traitement des lupus, par

M. LEREDDE. Rapport du Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, Montauban, août 1902.

Traitement externe du prurit, (Méthode antiprurigineuse), par M. LEREDDE. Therapeutic Monthly, 1902, et Journal des Praticiens, nov. 1902.

Le traitement externe de l'acné vulgaire, par M. LEREDDE. Gazette des hôpitaux, 25 mars 1902.

La méthode exfoliante dans le traitement des dermatoses (acné, lichénification, psorospermose), par M. LEREDDE. Journal des praticiens, 24 avril 1902.

Photothérapie.

Photothérapie et Photobiologie. Les actions biologiques et les propriétés thérapeutiques de la lumière, par MM. LEREDDE et PAUTRIER, in-8°, C. Naud, éditeur, décembre 1902.

Le traitement de la tuberculose cutanée depuis Finsen. Les indications et les contrendications de la photothérapie, par MM. LEREDDE et PAUTRIER. Soc. de Derm., août 1902.

L'état actuel de la question du traitement du lupus tuberculeux et érythémateux, par M. LEREDDE. Soc. de Derm., novembre 1902.

La technique de la photothérapie à Copenhague, L'appareil de Finsen-Reyn, par M. LEREDDE. Soc. de Derm., décembre 1902.

Syphiligraphie.

Pathogénie des affections dites parasyphilitiques, par M. LEREDDE. Soc. de Derm., Février, 1902.

Sur les affections dites parasyphilitiques, par M. LEREDDE, Soc. de Derm. et Congrès de Médecine de Toulouse, avril 1902.

Discussion sur la question de la parasyphilis, Société de Médecine de Paris in Progrès médical, 5 avril, 19 avril, 17 mai, 9 août 1902, et Société de Neurologie in Revue neurologique, 1902.

Traitement de la syphilis.

Guérison d'un cas de tabes par les injections de Calomel, par M. LEREDDE. Soc. de Derm., 6 mars 1902.

Progrès à apporter dans le traitement mercuriel des accidents graves de la syphilis, par M. LEREDDE. Semaine médicale, 23 avril 1902, et Monatshefte für prak. Derm., août 1902.

Rapport sur la question des injections mercurielles, par M. LEREDDE. Société de thérapeutique, 12 février 1902.

Résumé et Conclusions. Id. 22 octobre 1902.

La question des injections mercurielles dans le traitement de la syphilis, par M. LEREDDE. Revue pratique des maladies cutanées, avril-juillet, 1902.

La question des injections mercurielles, par M. PAUTRIER. Gazette des hôpitaux, décembre 1902.

Le Mans.—Imprimerie de l'Institut international de Bibliographie de Paris. n° 111h.

ÉTABLISSEMENT DERMATOLOGIQUE

4, Rue de Villejust

PARIS

Parmi les malades atteints d'affections cutanées sérieuses, un grand nombre peuvent guérir à la condition que le traitement externe soit appliqué sous une surveillance compétente, exacte et quotidienne, qu'un régime alimentaire soit suivi régulièrement, que les effets du traitement interne soient observés de près, enfin que le malade trouve à sa disposition tous les moyens physiques de traitement (électrothérapie, hydrothérapie, etc.), qui peuvent être nécessaires à la cure de la maladie dont il est atteint.

La nécessité du traitement dans une maison de santé peut donc être absolue. Des maisons de santé dermatologiques existent depuis longtemps en Allemagne; elles sont dirigées par des dermatologistes éminents et attirent des malades du monde entier, français même, atteints d'acnés graves, d'eczémas, de séborrhéides, de psoriasis étendus, de prurigos et de prurits ou d'affections rares (mycosis fongoïde, pemphigus, etc.).

L'Etablissement dermatologique de Paris a été ouvert le 1er mai 1900. Il comprend des chambres de malades, une salle de douches, un service d'électrothérapie, un service de photothérapie. Une policlinique et un laboratoire y ont été annexés en mai 1901.

STATISTIQUE DE L'ETABLISSEMENT DERMATOLOGIQUE.

A. — MALADES INTERNES

Le nombre de malades atteints d'affections cutanées, soignés à l'Etablissement de mai 1900 à fin décembre 1901 s'est élevé à 48.

Les affections dont étaient atteints ces malades se groupent de la manière suivante :

Acné rosée 2. Améliorations 2.

Acné vulgaire. Psorospermose folliculaire végétante 1. Guérison de l'acné. Amélioration extraordinaire de la psorospermose équivalant presque à une guérison.

Caraté 1. Etat stationnaire.

Cicatrices vicieuses de la face 1. Réparation des cicatrices.

Dermatite artificielle 1. Guérison.

Dermatose de nature indéterminée 1. Etat stationnaire.

Eczémas 7. Guérisons 6. Amélioration 1.

Epithéliomes 2. Guérison.

Erythrodermie pityriasique en plaques. Etat stationnaire.

Hyperkératose palmaire et plantaire chez une diabétique. Guérison.

Intertrigo 1. Guérison.

Lupus tuberculeux 4. Guérisons 2. 1 malade encore en traitement. 1 incurable.

Lupus avec épithéliome 1. Guérison.

Mycosis fongoïde 4. Amélioration 3. Etat stationnaire, 1.
Pelade grave. 1. Amélioration.
Prurit 7. Guérisons 4. Amélioration 1. 2 malades sont sortis après moins d'une semaine de séjour.
Purpura hémorrhagique chronique 1. Etat stationnaire.
Psoriasis 5. Guérisons 5.
Séborrhéides 5. Guérisons. 5
Syphilides mutilantes et lupiformes de la face 3. Guérisons 3.
Tuberculides 2. Guérison 1. Etat stationnaire 1.
Ulcère de jambe 1. Amélioration considérable.

Pour ces malades, la durée moyenne du séjour a été de trois à cinq semaines, si on retranche quelques malades atteints d'affections telles qu'on peut toujours en observer dans une maison de santé consacrée aux maladies de peau rares et particulièrement graves (psorospermose cutanée, mycosis fongoïde, lupus avec épithéliome, érythrodermie pityriasique en plaques).

En défalquant ces cas extraordinaires, tels qu'on peut toujours en observer dans une maison de santé consacrée aux affections de la peau, la statistique que nous avons donnée plus haut permet de juger, autant qu'on peut le faire par des chiffres, les services réels rendus aux malades. Parmi les prurigineux, les eczémateux, les psoriasiques, les malades atteints de séborrhéides, la plupart, presque tous, étaient malades depuis un temps extrêmement long, des années même, et leur affection avait résisté à des traitements corrects.

B. — MALADES EXTERNES.

Le nombre des malades externes soignés à l'Etablissement s'est élevé à 37. La plupart étaient atteints d'acné, d'eczémas d'étendue moyenne, de psoriasis, de lichen simplex, toutes affections curables, et qui ont guéri avec une *grande* rapidité sous l'influence des traitements externes. Le traitement du prurit par l'électricité a donné les bons résultats qu'il donne d'habitude ; la guérison est parfois obtenue en quelques séances, parfois elle exige un temps fort long, et il n'est pas douteux que les indications de ce mode de traitement ne sont pas formulées encore d'une manière très précise, sauf dans les cas qui ont résisté aux autres méthodes et où il peut amener des succès remarquables.

C. — SERVICE DE PHOTOTHÉRAPIE.

Dans une note récente à la Société de Thérapeutique les résultats obtenus à l'Etablissement dermatologique par la cure photothérapique dans 43 cas de lupus tuberculeux de la face ont été publiés (octobre 1900-décembre 1901).

Sur 40 lupiques, 22 étaient atteints depuis moins de 10 ans, 10 depuis moins de 20 ans, 10 depuis un temps variant de 24 à 35 ans. Ces lupiques avaient subi 1800 séances de cautérisations, 900 séances de scarifications, des applications innombrables de pommades, des applications de caustiques, etc., sans résultat définitif ; tout au plus ces traitements avaient-ils arrêté la progression du mal. Parmi les 40 malades, la plupart, sinon tous, étaient en somme incurables par tous les procédés anciens. Sur 43 malades, 37 seulement furent soignés à l'Etablissement ; des six autres, deux renoncèrent au traitement à la maison de santé, deux furent reconnus incurables, un fut traité par l'ablation; dans un cas, l'état général était tellement mauvais que le malade fut envoyé au bord de la mer.

Le nombre des guérisons complètes ou presque complètes s'élevait à la fin de décembre 1901 à 25. Sur les 12 malades restant, 3 avaient abandonné le traitement; chez 5 le résultat complet était incertain ; chez 4 il existait une guérison segmentaire, le résultat était certain, mais à échéance encore éloignée.

Ces chiffres sont tout à fait comparables à ceux de Finsen qui avait obtenu en mai 1901 (Congrès de Breslau), sur 640 malades, 71 0/0 de guérisons complètes, 13 0/0 d'améliorations importantes.

La statistique complète des malades atteints d'autres affections rebelles de la face, les seules auxquelles s'applique la photothérapie sera prochainement publiée dans ses détails. Les résultats actuels peuvent être résumés de la manière suivante :

LUPUS ÉRYTHÉMATEUX. Cas traités 39. Guérisons complètes 9. Améliorations 16 (malades en traitement). Insuccès et malades partis sans raison connue 14.

On sait que ce lupus est beaucoup plus rebelle à toutes les méthodes que le lupus tuberculeux. Les cas traités étaient tous des cas de lupus érythémateux fixe ; ceux où la guérison a été obtenue étaient toujours des cas extrêmement difficiles ; nous ne croyons pas qu'aucun autre procédé actuel eût pu les guérir.

ACNÉ ROSÉE. Cas traités 7. Guérisons 4. En traitement 2. Insuccès 1.

SYCOSIS. Cas traités 2. Améliorations 2.

EPITHÉLIOMES DE LA FACE 5. Insuccès 5.

La photothérapie nous parait devoir être abandonnée dans la thérapeutique de cette affection.

PELADES. Cas traités 7. Guéris 2. Repousse partielle 2. Perdus de vue 2. En traitement 1.

NŒVI PLANS. Cas traités 2. Amélioration considérable 1.

D. — POLICLINIQUE

La policlinique a été ouverte en mai 1901.

Depuis le début, le nombre des consultations mensuelles a subi une progression constante et a atteint à la fin de décembre le nombre de 395.

Le nombre des malades soignés s'élevait à cette époque à 168 se décomposant ainsi :

Acné vulgaire	9	*Report*	86
Affections diverses du cuir chevelu	8	Lupus	17
Affections diverses de la peau	12	Pelade	13
Blennorrhagie	2	Pityriasis rosé	2
Dermatites artificielles	3	Prurits et prurigos	5
Erythèmes	5	Psoriasis	6
Epithéliomes	5	Rosacée	6
Eczémas	21	Sycosis	3
Gale	13	Syphilis	21
Impétigos	3	Teignes et trichophyties	7
Lichen simplex	3	Zona	2
Lichen plan	2	TOTAL	168
A reporter	86		

E. — TRAVAUX DE L'ÉTABLISSEMENT (1901, AVRIL 1902).

TUBERCULIDES CUTANÉES.

1. *Sur un cas d'angiokératome coexistant avec un lupus pernio et de la tuberculose pulmonaire, par* MM. LEREDDE et PAUTRIER. Soc. de Derm., fév. 1902.
2. *Lupus érythémateux de la face et angiodermite tuberculeuse des mains*, par MM. LEREDDE et PAUTRIER. Soc. de Derm., mars 1902.
3. *Note sur le traitement du lupus par le permanganate de potasse*, par M. LEREDDE Soc. de Derm., avril 1901.

SYPHILIS.

1. *Pathogénie des affections dites parasyphilitiques*, par M. LEREDDE. Soc. de Derm., février 1902.

2. *Guérison d'un cas de tabes par les injections de calomel*, par M. LEREDDE, Soc. de Derm., mars 1902.
3. *La question des injections mercurielles*, par M. LEREDDE. Rapport à la Société de Thérapeutique, février 1902.

THÉRAPEUTIQUE DERMATOLOGIQUE.

1. *Traitement du prurit anal et vulvaire par les courants de haute fréquence*, par M. LEREDDE. Soc. de Thérapeutique, 1901.
2. *Traitement du prurit avec lichénification par la cure d'exfoliation*, par M. LEREDDE. Soc. de Thérapeutique, 1901.

PHOTOTHÉRAPIE.

1. *La photothérapie et ses applications à la thérapeutique des affections cutanées*, par M. LEREDDE. Bulletin de Thérapeutique, février 1901.
2. *La cure photothérapique du lupus erythémateux*, par M. LEREDDE. Soc. de Thérapeutique, février 1901.
3. *Les indications de la photothérapie dans le traitement du lupus et des dermatoses limitées de la face*, par M. LEREDDE. Presse médicale, septembre 1901.
4. *Les résultats de la cure photothérapique dans le lupus tuberculeux*, par MM. LEREDDE et PAUTRIER, Soc. de Thérapeutique, fév. 1902.
5. *Les propriétés biologiques de la lumière et son action thérapeutique*, par MM. LEREDDE et PAUTRIER. in-8°, Naud, éditeur (sous presse).

BIOLOGIE GÉNÉRALE.

1. *Influence des variations des longueurs d'ondes différentes sur le développement des batraciens*, par MM. LEREDDE et PAUTRIER. Soc. de Biologie, déc. 1901.

F. — RENSEIGNEMENTS MATÉRIELS.

Le prix de pension à l'Etablissement dermatologique est de 25 et 20 francs par jour (abaissé à 15 francs pour les malades qui occuperont un lit dans une chambre à deux lits).

Ces prix comprennent le logement, la nourriture, l'éclairage, le chauffage.

Le prix des soins médicaux (comprenant soins du médecin résident, médicaments externes et internes, hydrothérapie, électrothérapie), varie de 5 francs à 15 francs par jour, suivant la maladie à traiter et les soins qu'elle exige.

Les malades peuvent donc être soignés à partir de 20 francs par jour, 15 francs sur une recommandation spéciale d'un médecin dans des cas tout à fait particuliers.

G. — LABORATOIRE DE L'ÉTABLISSEMENT DERMATOLOGIQUE.

Un laboratoire d'études bactériologiques et histologiques est annexé à l'Etablissement dermatologique. Ce laboratoire est destiné en particulier à l'étude et au diagnostic des affections cutanées et du cuir chevelu.

Tous les renseignements nécessaires à la pratique d'une biopsie, à un examen de sang, à l'étude histologique d'une pièce quelconque, à une recherche microbiologique seront fournis aux médecins *par retour du courrier*.

ADRESSE DU LABORATOIRE : **Policlinique de l'Etablissement dermatologique, 9, rue Beudant, Paris.**